Segunda Reunión

de las

Jornadas Neuro - Psiquiátricas Panamericanas

Lima, 20-25 de Marzo de 1939

Publicadas por Honorio Delgado y J. O. Trelles

TOMO I

(Ponencias Oficiales)



LIMA

IMPRENTA TORRES AGUIRRE

1939

(11) 9..

Segunda Reunión

de las

Jornadas Neuro - Psiquiátricas Panamericanas

Lima, 20-25 de Marzo de 1939

Publicadas por Honorio Delgado y J. O. Trelles

TOMO I

(Ponencias Oficiales)

LIMA

IMPRENTA TORRES AGUIRRE

1939

INTRODUCCION

La Comisión Organizadora de la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas tiene la satisfacción de publicar el primer volumen de las Actas. Contiene el texto de las ponencias oficiales, impreso ya en fascículos separados al realizarse las sesiones de este congreso, en el cual estuvieron dignamente representados los cultores de la neurología, la psiquiatría y la medicina legal del Continente.

Los servicios de las Jornadas y la publicación de las Actas han tenido satisfactoria realización gracias al apoyo del Supremo Gobierno por gestión y conducto del señor Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. La Comisión Organizadora reitera aquí la expresión de su reconocimiento al señor Presidente de la República General de División don Oscar R. Benavides y al señor Ministro de Salud Pública doctor don Guillermo Almenara, así como al señor Ministro de Relaciones Exteriores doctor don Carlos Concha, al señor Rector de la Universidad Mayor de San Marcos doctor don Alfredo

Solf y Muro, al señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas doctor don Carlos Villarán y a todas las instituciones y personas que han contribuído al éxito feliz de las Jornadas de Lima.

En el segundo volumen de las Actas, que aparecerá en el mes de julio próximo, se publicará el texto de los trabajos de tema libre, los discursos y las discusiones.

Lima, abril de 1939.

Honorio Delgado.

J. O. Trelles.

DECRETO SUPREMO ACERCA DEL PATROCINIO DE LA SEGUNDA REUNION DE LAS JORNADAS

Lima, 15 de febrero de 1939.

Vista la comunicación del Comité Peruano de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, en la que pide que el Supremo Gobierno patrocine el certamen científico que se llevará a cabo en Lima, del 20 al 25 de marzo próximo, con motivo de la Segunda Reunión de dichas jornadas;

Teniendo en consideración:

Que es atendible el pedido de la referencia; y
Lo informado por la Dirección General del Ramo;

SE RESUELVE:

El Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social auspiciará la Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, que se efectuará en Lima, del 20 al 25 de marzo próximo, y le prestará las facilidades necesarias para el mejor éxito de este certamen científico.

Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.
Rúbrica del Presidente de la República.

G. Almenara.

LEY No. 8846, RELATIVA AL APOYO ECONOMICO PRESTADO POR EL SUPREMO GOBIERNO A LA SEGUNDA REUNION DE LAS JORNADAS

Oscar R. Benavides, General de División, Presidente Constitucional de la República.

Por cuanto: El Congreso Constituyente ha concedido facultades legislativas al Poder Ejecutivo, en virtud de la Ley Nº 8463;

CONSIDERANDO:

Que debe celebrarse en esta capital durante el presente mes, bajo los auspicios del Gobierno del Perú, la primera reunión continental de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas;

Que, en tal virtud, precisa votar los fondos correspondientes para la realización de tan importante certamen científico que redundará favorablemente en el desarrollo de la labor sanitaria del país;

Con voto aprobatorio del Consejo de Ministros;

EL PODER EJECUTIVO,

Ha dado la ley siguiente:

Artículo 1º—Autorízase al Ministerio de Hacienda para abrir un Crédito Extraordinario por la suma de VEINTE MIL SOLES ORO (S|o. 20,000.00), a fin de atender a los gastos relativos a la celebración en esta capital de la primera reunión continental de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas.

Artículo 2º—El Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, girará las órdenes de pago que sean necesarias a la Comisión Organizadora de las Jornadas, la que rendirá las cuentas correspondientes.

El crédito a que se refiere la presente ley será cubierto con los mayores ingresos del ejercicio presupuestal del año en curso.

Casa de Gobierno a los tres días del mes de marzo de mil novecientos treinta y nueve.

O. R. BENAVIDES.

E. Montagne, Presidente del Consejo de Ministros y Ministro de Educación Pública.

Carlos Concha, Ministro de Relaciones Exteriores.

Diómedes Arias Schreiber, Ministro de Justicia y Culto. Encargado de la Cartera de Gobierno.

F. Hurtado, Ministro de Guerra.

M. Ugarteche, Ministro de Hacienda y Comercio.

Héctor Boza, Ministro de Fomento y Obras Públicas.

Roque A. Saldías, Ministro de Marina y Aviación.

G. Almenara, Ministro de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social.

Por tanto: mando se publique y cumpla.

Casa de Gobierno, a los tres días del mes de marzo de mil novecientos treinta y nueve.

O. R. BENAVIDES.

M. Ugarteche.

Antecedentes

A mediados del año 1936 el Dr. Oscar Fontecilla, catedrático de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago de Chile, tuvo la afortunada iniciativa de fundar la reunión periódica de los cultores de la patología mental y disciplinas conexas de las repúblicas occidentales de América. Bajo el patrocinio del Gobierno y de la Universidad de Chile, consiguió realizar las Jornadas Neuro-Psiquiátricas del Pacífico, del 4 al 12 de enero de 1937, en Santiago, Valparaíso y Viña del Mar.

El éxito de la Primera Reunión fué grande debido a la manera cómo actuó la comisión organizadora, presidida por el doctor Fontecilla, al auspicio del Gobierno, la Universidad y el cuerpo médico de Chile, así como a la concurrencia y labor de los delegados de varias naciones sudamericanas.

El hecho de que colaborasen en esas Jornadas algunos distinguidos especialistas argentinos y uruguayos invitados expresamente, decidió a dar mayor amplitud a las Jornadas. Al efecto, en la sesión de clausura se acordó adoptar el nombre de Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, a fin de que cada dos años se congreguen los psiquiatras, neurólogos y médicos legistas del Continente.

En esa misma sesión, a propuesta del Dr. Nerio Rojas, catedrático de medicina legal de la Facultad de Buenos Aires, se designó la ciudad de Lima como sede de la Segunda Reunión.

También en la sesión de clausura de las Jornadas de Chile se aprobó el Reglamento, cuyo texto figura después.

Al realizarse la segunda etapa de la institución fundada por el Profesor Fontecilla, no podemos dejar de evocar, consternados su memoria. Cuando todavía era reciente el magnífico acontecimiento de colaboración y amistad de los neuropsiquiatras latinoamericanos, sucumbió, víctima de uno de los riesgos de la vida profesional, quien fuera su admirable animador. La continuidad de las Jornadas constituirá manera efectiva de pervivencia de su obra y homenaje siempre renovado a su recuerdo.

Reglamento

Artículo 1º—Las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas tienen por objeto reunir cada dos años a los profesionales que se ocupan de Neurología, Psiquiatría y disciplinas afines, con el propósito de vincularlos más estrechamente para fomentar el progreso científico de esas ramas médicas y difundir las enseñanzas que de él se deriven.

Artículo 2º—La sede de las Jornadas será alguna de las ciudades universitarias americanas que se designe en la reunión de clausura por los delegados de los diferentes países.

Artículo 3º—Serán miembros de las Jornadas: los delegados de los diferentes países, los representantes de las instituciones adherentes y los cultores de las diferentes especialidades que hayan enviado trabajos o manifestado su adhesión.

Artículo 4º—Los temas oficiales de las Jornadas y sus relatores serán designados por la Clínica Psiquiátrica, a la que corresponda la organización de las mismas.

Artículo 5º—Se aceptarán, además, trabajos libres sobre otros temas de Neurología, Psiquiatría y disciplinas afines. Estos trabajos serán presentados a las Jornadas, previo examen por la Comisión Organizadora.

Artículo 6º—Para cada tema oficial se designará uno o más relatores, los que deberán enviar su ponencia a la Secretaría General de las Jornadas, a lo menos quince días antes de la inauguración. Cada relación debe ser acompañada de un resumen.

Artículo 7º—La Comisión Organizadora distribuirá los diferentes temas oficiales y no oficiales y hará el programa de las sesiones y de las Jornadas en general.

Artículo 8º—Cada relator oficial podrá disponer hasta de 40 minutos para la lectura de su trabajo o un resumen del mismo. En la discusión, cada miembro tendrá derecho a usar de la palabra por espacio de diez minutos y el relator dispondrá de veinte minutos para replicar.

Artículo 9º—En los temas libres, cada autor dispondrá de diez minutos para la lectura de su trabajo o un resumen del mismo y los miembros de las Jornadas de cinco minutos cada uno para discutir.

Artículo 10º—La Comisión Organizadora se preocupará del financiamiento de las Jornadas, para lo cual solicitará el apoyo del Gobierno y de las Instituciones Universitarias. Además, cada adherente deberá cancelar una cuota de dos dólares. Tendrá así derecho a recibir las publicaciones de las Actas de las Jornadas.

Artículo 11º—En la sesión de clausura de las Jornadas se determinará la sede de las reuniones siguientes y la Clínica Universitaria que tendrá a su cargo su organización; se harán las sugerencias que los miembros juzguen útiles para la elección de temas y para la reforma del presente reglamento.

Artículo 12º—La Secretaría General y Permanente de las Jornadas, encargada de la conservación de toda la documentación relativa a las mismas, estará a cargo de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Santiago de Chile.

COMISION ORGANIZADORA DE LA SEGUNDA REUNION DE LAS JORNADAS

Honorio Delgado

J. O. Trelles

PONENTES Y TEMAS OFICIALES

I

Profesor **Nerio Rojas,** (Buenos Aires): Fundamento biológico de la incapacidad civil en los enfermos mentales.

II

Doctor **Enrique Encinas** (Lima): Acerca de la variabilidad cito-arquitectural de la corteza cerebral del lóbulo frontal humano.

III

Profesor **A. Austregesilo** (Río de Janeiro): Psicología y psicoterapia del dolor.

Profesor **Raimundo de Castro** (Habana): El dolor en medicina legal.

Profesor **V. Dimitri (Buenos Aires)**: Fisiopatología del dolor.

Profesor **Max González Olaechea** (Lima): El dolor en las enfermedades de las vísceras.

Doctor **Isaac Horvitz** (Santiago de Chile): Un nuevo camino en la terapéutica del dolor.

Profesor **Hugo Lea Plaza** (Santiago de Chile): El dolor en las enfermedades del sistema nervioso central.

Doctor **José B. Odoriz** (Buenos Aires): Fisiología del dolor.

Profesor **Maximiliano Rueda** (Bogotá): El dolor y la toxicomanía.

Profesor **J. O. Trelles** (Lima): Base anatómica del dolor.

IV

Profesor **José María Estapé** (Montevideo): La hipocondría en medicina legal.

Profesor **Jaime Mendoza** (Sucre): Hipocondría y manifestaciones hipocondríacas.

Profesor **Juan Peón del Valle** (México): Hipocondría y constitución.

Profesor **Henrique Roxo** (Río de Janeiro): Ubicación nosográfica de la hipocondría.

Profesor **Antonio Sicco** (Montevideo): Hipocondría y manifestaciones hipocondríacas.

Profesor **Guillermo Uribe Cualla** (Bogotá): La hipocondría en medicina legal.

V

Profesor **Gonzalo Bosch** (Buenos Aires): Tratamiento de la esquizofrenia.

Profesor **Honorio Delgado** (Lima): Tratamiento de la esquizofrenia.

Profesor **Julio Endara** (Quito): Tratamiento de la esquizofrenia.

Doctor **Heitor Péres** (Río de Janeiro): Convulsoterapia de la esquizofrenia y su alcance médico-social.

Profesor **Samuel Ramírez Moreno** (México): Tratamiento de la esquizofrenia.

Profesor **Arturo Vivado O.** (Santiago de Chile): Tratamiento de la esquizofrenia.

VI

Doctor **Baltazar Caravedo** (Lima): El servicio social en la asistencia de enfermos de la mente.

Doctor **Elías Malbrán** (Santiago de Chile): El servicio social en la asistencia de enfermos de la mente.

Profesor **A. C. Pacheco e Silva (Sao Paulo)**: El servicio social en la asistencia de enfermos de la mente.

Profesor **H. Tanner de Abreu** (Río de Janeiro): Deontología en la práctica del seguro social.

Doctor **Baldomero Arce Molina** (Valparaíso): Deontología en la práctica del seguro social.

Profesor **G. Fernández Dávila** (Lima): Deontología en la práctica del seguro social.

Doctor **Luis Angel Ugarte** (Lima): Deontología en la práctica del seguro social.

Mesa Directiva de la Segunda Reunión

Presidente:

Honorio Delgado.

Secretario General:

J. O. Trelles.

Presidentes de sesiones:

Nerio Rojas.
Arturo Vivado O.
Edgard Pinto César.
F. Herrera Guerrero.
Horatio M. Pollock.
Demetrio E. García.
Isaac Horvitz.
Elías Malbrán.
José B. Odoriz.
Aurelio Loret de Mola.
Alejandro Busalleu.

Comisiones

Comisión encargada de proponer temas para la Tercera Reunión:

Demetrio E. García.
Elías Malbrán.
Arturo Vivado O.
Baldomero Arce-Molina.
Juan Voto Bernales.

Comisión de iniciativas:

Horatio M. Pollock.
José B. Odoriz.
A. Rojas Carvajal.
Waldo Iturra.
A. Loret de Mola.

Comisión de reforma del Reglamento:

Nerio Rojas.
Edgard Pinto César.
Isaac Horvitz.
F. Herrera Guerrero.
J. O. Trelles.

Delegaciones

Argentina:
Nerio Rojas.
Demetrio E. García.
José B. Odoriz.

Brasil:
Edgard Pinto César.

Cuba:
A. Loret de Mola.

Chile:
Arturo Vivado O.
Elías Malbrán.
Isaac Horvitz.
Waldo Iturra.
A. Rojas Carvajal.
Baldomero Arce-Molina.

Estados Unidos:
Horatio M. Pollock.
Roberto Lamb.

Santo Domingo:
Elías Brache Hijo.
Alejandro Busalleu.

Venezuela:
F. Herrera Guerrero.

Representantes de sociedades e institutciones peruanas

Facultad de Ciencias Médicas:

Carlos Villarán.
Sergio Bernales.

Universidad Católica del Perú:
Mario Alzamora Valdez.

Academia de Medicina:
Daniel Mackehenie.
Raúl Rebagliati.

Academia de Ciencias:
Carlos Monge.

Sociedad de Biología:
Darío Acevedo.

Sociedad Médica Peruana "Daniel A. Carrión":
Ricardo Angulo.
Jorge Castro.

Universidad del Cuzco:
Luis Angel Ugarte.

Patronato de Menores:
Mercedes Gallagher de Parks.

COMITES NACIONALES

Comité argentino

Presidentes honorarios: Mariano Alurralde, Arturo Ameghino, Manuel Balado, Gonzalo Bosch, Javier Brandan, Alfredo Buzzo, Luis Balado Estevez, Mariano R. Castex, Christofredo Jakob, Juan Carlos Montanaro, Juan M. Obarrio, Nerio Rojas, Frank L. Soler y Francisco de Veyga.

Comité ejecutivo: **Presidente**: Osvaldo Loudet, **Vice-presidentes**: José Belbey, Juan R. Beltrán, Armando F. Camaüer, Rogelio E. Carratalá, Carlos Carreño, Alfredo Casaubón, Luis Cattáneo, Felipe M. Cía, Lanfranco Ciampi, Baudilio Courtis, Vicente Dimitri, Miguel F. Falsía, Raúl J. Fazio, Aquiles Gareiso, Juan B. González, Julio L. Hanón, Adolfo Landívar, Antonio A. Martínez, Ricardo Morea, Enrique Mouchet, Alejandro Raitzin, Alberto Rodríguez Egaña, Alberto Rossi, Raúl Sánchez Elía y Marcelino J. Sepich, **Secretario General**: Alberto Bonhour. **Secretario de actas**: Juan Martín González E. **Tesorero**: Luciano Allende Lezama. **Vocales**: Julio Aranovich, José L. Alberti, René Arditti Rocha, Esteban Adrogué, Oscar Allaria Amézaga, Amadeo Alurralde, Santiago Balestra, Florencio Brumana, Eduardo Beláustegui, F. Beresiarte Olaechea, Federico E. Bonnet, Juan Castro Babiloni, Alejo P. Belou, Roberto Ciafardo, Carlos A. Correas, Domingo A. Cabred, Ramón Carrillo, Juan José Caride, Eduardo L. Capdhourat, Ernesto Dowling, José J. Degrossi, Carlos S. Damel, Armando Domenech, Antonio del Piano, Joaquín Durquet, Florencio Escardó, Carlos Fernández Speroni, Mario Figueroa Alcorta, Luis Falcón, Alberto Fernández Saralegui, Lisandro Galíndez, Luis Gambino, Alberto Gascón, Guillermo Gotuso, Bernardo Guilhé, Fernando Gorriti, Constantino Groppa, Pedro J. Gerde, Alfredo Huergo, Juan Irazu, Eduardo Krapf, José M. Lurnagaray, Eduardo Lanari, Floro Lavalle, Lucio López, José López Bancalari, Luis Merzbacher, Alberto M. Marque, Alfredo C. Menzani, Arturo Mo, Juan C. E. Montanaro, Daniel R. Molina, Enrique Mo Gatti, Guillermo Madero, Braulio A. Moyano, Luis Martínez Dalke, Angel Marciotra, Ramón Melgar, Jorge Malbrán, Julio J. Nogues, Julio Neumelier, Julio R.

Obiglio, Julio Oliveira Estevez, Roque Orlando, Juan M. Obarrio (h), Alfredo Ottolini, José B. Odoriz, Juan Carlos Pizarro, A. Pizarro Crespo, Daniel R. Pombo, Héctor M. Piñeiro, Salvador Pastor, Alejandro J. Petre, Luis Peluffo, José Pereyra Kafer, Alfonso Pujol, Carlos Rodolfo Pereyra, Enrique Pichón Riviere, Alejandro Resúa, Oscar Rodríguez Rey, Ramón Romay Soto, Juan Romé, Telma Reca, Mario Sbarbi, Andrés S. Sein, Alfredo Scarano, Benjamín B. Spota, Juan O. Sturla, Adolfo M. Sierra, Pedro Sagreras, Ramón Silva, Carolina Tovar García, Horacio Vernengo Lima, Flaminio Vidal, Juan C. Vivaldo, Marcos Victoria, Eugenio Vonesch y León Zimman.

Comité de Córdoba

Arístides Barrandos, Carlos Brandan Caraffa, Exequias Bringas Núñez, Conrado Ferrer, Mario Fontana, Rafael Hernández Ramírez, Ariosto Licurzi, Oscar Luque, León Morra, Manuel Peirotti y Raúl Pucheta Morcillo.

Comité de Rosario

Raimundo Bosch, Lanfranco Ciampi, Antonio Foz, Teodoro Fracassi y Alfonso P. Quaranta.

Comité boliviano de Sucre

Presidente: Jaime Mendoza, **Vice-presidente:** Emilio Fernández, **Secretario:** Carlos Morales y Ugarte. **Tesorero:** Carlos Benavides. **Vocales:** Walter Villafani y Lucio Montero.

Comité de Río de Janeiro y Norte del Brasil

A. Austregesilo, Henrique Roxo, Adauto Botelho y Odilón Gallotti.

Comité del Sur del Brasil

A. C. Pacheco e Silva, Edgard Pinto César y Mario Yahn.

Comité colombiano

Maximiliano Rueda, Guillermo Uribe Cualla, Pablo A. Llinás, Francisco Gómez Pinzón, Alfonso Agustí Pastor y Ricardo Samper Diago.

Comité cubano

Presidente: Raimundo de Castro. **Vicepresidente**: Esteban Valdez Castillo. **Secretario**: C. M. Ramírez Corria. **Vicesecretario**: Julio Reymondez.

Comité chileno

Presidente Arturo Vivado O. **Secretario**: Octavio Peralta V. **Vocales**: Fernando de Allende Navarro, Baldomero Arce Molina, Víctor Arroyo, Manuel Beca, Guillermo Brink, Virginio Capelli, Isaac Horvitz, Hugo Lea Plaza, Elías Malbrán, Jorge Oyarzún y Jaime Vidal Oltra.

Comité ecuatoriano de Quito

Julio Endara, José Cruz, Jorge Escudero, Alfonso Avilés, Angel Viñán, Enrique Garcés y Pablo Altapuma

Comité ecuatoriano de Guayaquil

Carlos Ayala C., Luis F. Cornejo Gómez, J. A. Falconí Villagómez, José M. García Moreno, Angel Andrés García, Luis W. García Moreno, Juan F. Heinert, Celso Jarraín, Teodoro Maldonado Carbó, Isaías Medina, Rafael Mendoza Avilés, Julio C. Navas, Rigoberto Ortiz, Armando Pareja Coronel, Miseno Saona y Juan Tanca Marengo.

Comité mexicano

Samuel Ramírez Moreno, Juan Peón del Valle, Carlos Pavón Abreu, Alberto Lezama, Guido Torres Martínez, Teodoro Flores Covarrubias, Luis Sánchez Bulnes y Roberto Cejudo.

Comité uruguayo

Presidente: Antonio Sicco. **Vice-presidente:** Alejandro Schroeder. **Secretario:** Alfredo Cáceres. **Vocales:** Ventura Darder, Valentín Pérez Pastorini, José M. Estapé, Enrique Bozzolo y Carlos Vaz Ferreira.

Comité uruguayo designado por el Ministerio de Salud Pública

Camilo Payssé, Antonio Sicco e Isidro Mas de Ayala.

Comité venezolano

Presidente: F. Herrera Guerrero. **Vice-presidente:** G. Aranda. **Secretario:** J. A. Baez Finol. **Vice-Secretario:** Manuel Luis Sánchez Martín. **Vocales:** Ricardo Alvarez, León Mir, Rafael Vegas, Carlos Ottolina y Enrique Alamo Gutiérrez.

Comité peruano

Presidentes Honorarios: Leonidas Avendaño y Max González Olaechea. **Presidente:** Honorio Delgado. **Vice-presidentes:** Luis Espejo, Guillermo Fernández Dávila, Guillermo Gastañeta, Francisco Graña, Carlos Krumdieck, Carlos Monge, Juan Voto Bernales y Sergio Bernales. **Secretario General:** J. O. Trelles. **Secretarios:** José Max Arnillas A., Juan F. Valega. **Vocales:** Luis Chávez Velando, Juvenal Denegri, Enrique Encinas, Carlos Gutiérrez Noriega, Fernando Loayza, Aurelio Loret de Mola, Daniel Mackehenie, Carlos Enrique Paz Soldán, Luis Pesce, Fortunato Quesada, Ernesto Raffo, Federico Sal y Rosas, Oscar Soto y Jorge Valdeavellano.

Lista de delegados y miembros adherentes

Darío Acevedo, (Perú)
E. Aguila Pardo, (Perú)
G. Alamo Gutiérrez, (Venezuela)
Gerardo Alarco, (Perú)
Roberto Albés, (Brasil)
J. N. de Almeida Prado, (Brasil).
Ricardo Alvarez, (Venezuela)
Rafael Alzamora, (Perú)
Mario Alzamora Valdez, (Perú)
Luciano Allende Lezana, (Argentina)
F. de Allende Navarro (Chile)
Benito G. Andueza, (Venezuela)
Pablo Anglas Quintana, (Perú)
Ricardo Angulo, (Perú)
Guillermo J. Aranda, (Venezuela)
René Arditti Rocha, (Argentina)
Alejandro Arellano, (Perú)
José Max Arnilas, (Perú)
A. Austregesilo, (Brasil)
Leonidas Avendaño, (Perú)
Jorge Avendaño, (Perú)
Carlos Ayala Cabanilla, (Ecuador)
J. Baez Finol, (Venezuela)
Carlos Bazán, (Perú)
Víctor Bazul (Perú)
M. F. Beca, (Chile)
Daniel Becerra de la Flor, (Perú)
Rodolfo Beltrán, (Perú)
Carlos Benavides Borja, (Bolivia)
Sergio Bernales, (Perú)
Enrique Blondet, (Perú)
Alberto Bonhour, (Argentina)
Alfredo Borda, (Perú)
Gonzalo Bosch, (Argentina)
Elías Braché Hijo (Santo Domingo)
Carlos Brandán C., (Argentina)
Carlos Brignardello (Perú)
Eduardo Brücher E. (Chile)
Alejandro Busalleu, (Santo Domingo)
Carlos Bustamante R., (Perú)
Alfredo Cáceres, (Uruguay)
Horacio Cachay Díaz, (Perú)
Baltazar Caravedo, (Perú)
Constantino Carvallo, (Perú)
Rogelio Carratalá, (Argentina)
Andrés Carrillo Broatch, (Perú)
César Castañeda, (Perú)
Jorge Castro, (Perú)
P. B. Castro-Cruz, (Venezuela)
Félix Castillo, (Perú)
Luis Cattáneo, (Argentina);
Miguel Cervelli, (Perú)
J. Cruz, (Chile)
Rolando Colareta, (Perú)
Angel Cuba Caparó, (Perú)

L. Cubillos, (Chile)
Mario Cúneo y Cúneo, (Perú)
Alfredo Curotto, (Perú)
Horacio Chacón Vargas, (Venezuela)
Luis Chávez Velando, (Perú)
Ventura Darder, (Uruguay)
Honorio Delgado, (Perú)
Manuel Delgado C., (Perú)
Juvenal Denegri, (Perú)
Vicente Dimitri, (Argentina)
J. M. Dellepiani, (Perú)
Camilo Dongo Dongo, (Perú)
Enrique Encinas, (Perú)
Julio Endara, (Ecuador)
Florencio Escardó, (Argentina)
J. Escudero, (Ecuador)
José María Estapé, (Uruguay)
Luis Esteves Balado, (Argentina)
Luis Espejo, (Perú)
Guillermo Fernández Dávila, (Perú)
A. Fernández Quintana, (Perú)
Fernando Figari Diez Canseco, (Perú)
Guillermo Filomeno, (Perú)
Demetrio E. García, (Argentina)
Aquiles Gareiso, (Argentina)
Guillermo Gastañeta, (Perú)
Fernando Gayoso, (Perú)
Julio M. Gómez Sánchez, (Perú)
Max González Olaechea, (Perú)
Juan M. E. González, (Argentina)
Manuel González del Riego, (Perú)
Víctor Giannoni, (Perú)
Alberto Giesecke, (Perú)
Carlos R. Giudice, (Argentina)
Francisco Graña, (Perú)
B. Guenther, (Chile)
Carlos Gutiérrez Noriega, (Perú)
Erwing Henning, (Perú)
César Heraud, (Perú)
Rafael Hernández Ramírez, (Argentina)
F. Herrera Guerrero, (Venezuela)
Alejandro Higginson, (Perú)
Isaac Horvitz, (Chile)
Ginés Huaringa, (Perú)
Teófilo Ibarra Samanez, (Perú)
Waldo Iturra, (Chile)
Abelardo Indacochea, (Perú)
Leonidas Klinge, (Perú)
Eduardo Krapf, (Argentina)
Carlos Krumdieck, (Perú)
Robert Lamb, (E. E. U. U.)
Armando Lara M., (Perú)
Jorge Lazarte, (Perú)
Hugo Lea Plaza, (Chile)
Fernando Loayza, (Perú)
Aurelio Loret de Mola, (Cuba)
Alberto López, (Perú)
Juan Macchiavello, (Perú)
Sebastián Machado, (Brasil)
Daniel Mackehenie, (Perú)

Elías Malbrán, (Chile)
H. Márquez, (Brasil)
Juan Martín, (Argentina)
Luis Martínez Dalke, (Argentina)
Walter Martínez, (Uruguay)
José Mata, (Perú)
Ernesto Melgar, (Perú)
Mario Méndez Parodi, (Perú)
Jaime Mendoza, (Bolivia)
Ricardo Mendoza, (Perú)
Jorge Mejía, (Perú)
León Mejía, (Perú)
Amador Merino Reyna, (Perú)
Felipe Merkel, (Perú)
León Mir, (Venezuela)
Lucas Molina, (Perú)
Carlos Monge, (Perú)
José Montoya Arias, (Perú)
Pablo Mori Chávez, (Perú)
Carlos Morin, (Perú)
Jorge Morrison, (Perú)
Fernando Montesinos, (Perú)
Enrique Navarrete, (Perú)
Marcos Nicolini, (Perú)
José B. Odoriz, (Argentina)
Luis Ortega, (Puerto-Rico)
Carlos Ottolina, (Venezuela)
Mercedes G. de Parks, (Perú)
A. C. Pacheco e Silva, (Brasil)
Carlos Enrique Paz Soldán, (Perú)
Ricardo Pazos Varela, (Perú)
Juan Peón del Valle, (México)
Octavio Peralta Varela, (Chile)
Héitor Pérez, (Brasil)
Valentín Pérez Pastorini, (Uruguay)
Luis Pesce, (Perú)
Edgard Pinto César, (Brasil)
Pinto Pupo, (Brasil)
Felipe Plaza, (Perú)
Horatio Pollock, (E. E. U. U.)
Carlos Alberto Protzel, (Perú)
O. Peralta, (Chile)
Héctor Piñeiro, (Argentina)
Fortunato Quesada, (Perú)
Volney Quiroga Arenas, (Chile)
Ernesto Raffo, (Perú)
Samuel Ramírez Moreno, (México)
R. Ramos-Calles, (Venezuela)
Raúl Rebagliati, (Perú)
I. B. de los Ríos, (Brasil)
Teófilo Rocha, (Perú)
Oscar Rodríguez Rey, (Argentina)
Nerio Rojas, (Argentina)
Alfredo Rojas Carvajal, (Chile)
Jorge de Romaña(Perú)
Fernando Rossi, (Perú)
Humberto Rotondo, (Perú)
Henrique Roxo, (Brasil)
Enrique Rubín, (Perú)
Luis Sáenz, (Perú)
Federico Sal y Rosas, (Perú)
L. Salazar Vinegra, (México)
Manuel Salcedo, (Perú)
Luis Sánchez Martín, (Venezuela)

Belisario Sánchez, (Perú)
Jorge Sarmiento (Perú)
Alejandro Schroeder, (Uruguay)
E. Seminario Vera, (Perú)
Antonio Sicco, (Uruguay)
C. P. da Silva, (Brasil)
Aníbal Silveira, (Brasil)
Oscar Soto, (Perú)
Germán Stiglich, (Perú)
Roberto Suárez, (Uruguay)
H. Tanner de Abreu, (Brasil)
Luigi Telatin, (Italia)
Darío Torres, (Perú)
José Torres Torija, (México)
J. O. Trelles, (Perú)
Luis Angel Ugarte, (Perú)
Jorge Valdeavellano, (Perú)
Juan Francisco Valega, (Perú)
Carlos Vaz Ferreira, (Uruguay)
Marcos Victoria (Argentina)
Francisco Villagarcía, (Perú)
Jaime Vidal O., (Chile)
Armando Vidalón, (Perú)
Froilán Villamón, (Perú)
Carlos Villarán, (Perú)
E. Villela, (México)
A. Viñán, (Ecuador)
Arturo Vivado O., (Chile)
Carlos Vivaldo, (Argentina)
Juan Voto Bernales, (Perú)
Jorge Voto Bernales C., (Perú)
Danilo C. Vucetich, (Argentina)
Mauricio N. Walsh, (E.E. U.U.)
Pedro Weiss, (Perú)
Juan Werner, (Perú)
Hugo Yépez, (Perú)
Abel Zamora, (Uruguay)
León Zimman, (Argentina)

Fundamento Biológico de la Incapacidad Civil de los Alienados

por el Profesor NERIO ROJAS

FUNDAMENTO BIOLOGICO DE LA INCAPACIDAD CIVIL DE LOS ALIENADOS

por el Profesor Nerio Rojas

> Le médicin doit chercher son criterium pour le diagnostic de la folie, dans la pathologie et non dans la psychologie. Or ce criterium révèle précisement dans le fait même de la maladie qui est caractérisée par un ensemble de symptômes physiques et moraux, et par une marche déterminée, c'est-à-dire, para une reunion de signes diagnostiques et non par un seul. C'est, selons nous, à l'aide de ce criterium que le médecin spécialiste peut arriver à trancher practiquement les questions les plus délicates du diagnostic de la folie et de la médecine légale des alienés.
>
> *Jules Falret.*

I. La incapacidad de hecho

El hombre es el agente natural del derecho privado y en esa función jurídica y social se convierte en lo que se llama "persona", palabra latina que denominaba la máscara usada por los actores en la tragedia clásica. Excluída la creación jurídica de la "persona" moral, civil, representada por asociaciones o instituciones o colectividades, nos interesa en especial la "persona" física, de existencia visible, o sea el hombre a lo largo de su existencia. En ese caso, él es agente activo o pasivo de derechos civiles; él puede po-

seerlos sólo como titular y también disponer de ellos en actos, en virtud de su capacidad; en el primer caso, se dice que "goza" del derecho, en el segundo, "que lo ejerce". Por eso se distingue, respectivamente, la capacidad de derecho y la de hecho, siendo aquélla, desde luego, necesaria para el ejercicio de ésta.

La incapacidad es lo contrario, o sea la falta de esa aptitud. "El que no posee la aptitud para gozar de un derecho es llamado incapaz de derecho. La incapacidad de derecho tiene, pues, relación con el goce de los derechos. Los que tienen el goce de sus derechos sin tener su ejercicio son llamados incapaces de hecho. La incapacidad de hecho tiene, pues, relación con el ejercicio de los derechos", ha sintetizado Baudry-Lacantinerie (1).

También se ha definido la "capacidad" como la aptitud para adquirir derechos o contraer obligaciones y quien no la posee es una persona incapaz. La situación que aquí nos interesa es la incapacidad de los alienados, la cual es una de las formas de la incapacidad de hecho, consagrada en todos los Códigos Civiles. Por eso el profesor argentino Salvat lo pone como ejemplo: "el incapaz de hecho puede ser titular de un derecho, pero no puede ejercerlo; por ejemplo, un demente puede ser propietario de un campo, pero no puede arrendarlo, venderlo, etc.; la realización de estos actos estaría a cargo exclusivo de su curador" (2). No entraré en las discusiones y matices que los juristas han planteado en estos asuntos, pues ellos no interesan mucho a los fines de este trabajo (Freitas, Savigny, Demolombe, Lafaille, Colmo, etc.).

El derecho civil ha contemplado esta situación del hombre enfermo y creado la institución necesaria para protegerlo en su persona y sus intereses: es el juicio de declaración de incapacidad. Pero en esta institución multisecular, como que nace en el Derecho Romano, el punto de vista es a veces, en el texto legal o en su fundamento, demasiado exclusivamente jurídico, como si se hiciera abstracción del hombre para considerar sólo al agente del derecho; en lugar de la realidad humana a la consecuencia jurídica; en lu-

(1).—Precis de Droit Civil. París, 1900, tº I.

(2).—R. M. Salvat, Tratado de Derecho Civil Argentino, (parte general), Buenos Aires, 1922.

gar del ser de la naturaleza a la "persona" del derecho. Haciendo notar ciertos cambios contra esos excesos, anotados ya por algunos civilistas, Mario Carrara destacó ya el aumento de "una penetración de las ciencias biológicas en el derecho privado". Y yo mismo, hace poco, en la Facultad de Derecho de Buenos Aires, he hablado de la necesidad de una antropología civil.

En toda institución jurídica, decíamos, hay la institución en sí y el acto civil en sí, como una abstracción, y por otro lado el hombre que los practica y los realiza. El médico legista ve, sobre todo, sin olvidar el aspecto jurídico, el aspecto humano, es decir el problema antropológico: ese ente que de hombre se transforma en "persona" a los efectos del derecho. Pero lo vemos — para usar la expresión de Unamuno — como hombre de carne y hueso. Lo vemos sano o enfermo. Cuando ese hombre se transforma, a los efectos jurídicos, en sujeto de derecho, se llama "persona". Esa persona de existencia visible ejerce, goza de derechos; goza y ejerce la totalidad de sus derechos civiles en virtud de haber llegado a la plenitud de una supuesta capacidad intelectual, que es consecuencia de su mayor edad y de su normalidad. Pero hay situaciones que la naturaleza ha creado, con circunstancias en las cuales esa capacidad no existe. Hay factores naturales de incapacidad, hay una incapacidad natural. Esa clase de incapacidad proviene o de un incompleto desarrollo, vale decir de la menor edad, o proviene de factores patológicos, o sea estados de enfermedad psíquica. Las últimas son situaciones morbosas en las cuales la naturaleza ha creado la incapacidad; no es la ley quien la creó. Por eso, precisamente, Boggio ha dicho que la ley en estos casos no crea la incapacidad sino declara las personas que son incapaces. Es el caso especial de los enfermos mentales.

Pero hay dos situaciones. Hay el enfermo mental que está en circulación o está internado, pero no ha entrado en el área de acción del Código Civil, no ha realizado actos civiles importantes y entonces no se ha planteado la posibilidad de discutir su capacidad. Es un enfermo, pero es considerado sano hasta que en juicio se le declara incapaz. Para eso hay que hacer un juicio especial, que

establece otra situación: el demente declarado tal. El enfermo mental tiene una incapacidad que proviene de esa situación creada por la naturaleza; la ley prevé esa eventualidad y dicta las normas por las cuales se ha de regir la protección del enfermo y de la sociedad, por medio de la justicia. Por eso se habla de declaración de incapacidad en este caso.

La terminología que se usa es diversa, y así se habla de "juicio de insanía", "juicio de declaración de demencia", "de declaración de incapacidad civil", y finalmente "de declaración de interdicción". Este término "interdicción", que se usa en Italia y en Francia, ha circulado en el vocabulario jurídico con bastante prestigio. Podría discutirse su acepción castiza y alguno lo ha hecho; pero en países europeos se usa, está consagrado, y eso da derecho a usarlo en castellano. El proyecto argentino de Código Civil emplea ese término: "interdicción", que puede perfectamente ser aceptado. En todo caso, es mejor que el término "demencia" que usa como denominación general el actual Código. Pothier —para repetir yo aquí una vieja definición —define la interdicción en esta forma: "Se llama interdicción al juicio que priva a alguien de la administración de sus bienes y a veces aun de su persona". El juicio a que me refiero está previsto en todos los Códigos Civiles del mundo. Tiene una larga historia en la evolución del Derecho Civil y arranca en el Derecho Romano.

II. Evolución desde el Derecho Romano

Poco o nada se sabe de este asunto antes de Roma y es seguro que sobre él no estaba organizado un derecho. Se afirma, sin embargo, que por lo menos en Atenas estaba establecida la declaración de incapacidad de un padre por enfermedad mental. Pero el Derecho Romano es el origen de esta institución civil. Es interesante para nosotros ver a lo largo de los siglos —desde entonces hasta hoy— cómo han ido cambiando o sobreviviendo en la legislación conceptos y términos psiquiátricos equivocados o anacrónicos, pues esa es la fuente de muchos malentendidos entre mé-

dicos y abogados en estas cuestiones. Intentaré, pues, —**mutatis mutandis** — hacer en esto lo que Savigny aconsejó e hizo en su "Derecho Romano actual".

En ese sentido, me ha parecido útil ir a ese Derecho Romano e investigar qué había sobre estas cuestiones psiquiátricas que queremos estudiar muchos siglos después, no sólo para tratar de establecer los términos que se usaban, sino para ver a qué estados mentales se referían al emplearlos y hacer lo posible por homologarlos con los términos actuales de la psiquiatría, porque esa es una manera de empezar a entendernos. El mejor procedimiento es acudir a los tratados de derecho romano, que los abogados conocen mejor que cualquiera de nosotros, los médicos (Savigny, Ortolán, Petit, etc.). Yo he consultado algunos de ellos y he buscado también el asunto en libros de abogados que lo estudiaron especialmente desde el punto de vista de la incapacidad o de la alienación. Hay, así, por ejemplo, el libro de Fusier (1) o el de Bourdon (2) y el de Bertrandon (3), entre los franceses, y entre los italianos una obra voluminosa, en dos tomos, de Boggio (4). Además, como era interesante saber lo que algún médico legista ha dicho cuando ha estudiado este asunto, fuera de los tratados de los civilistas, he ido a una de las cumbres de la medicina legal, Legrand du Saulle, (5) la fuente que siguió entre nosotros el doctor Montarcé Lastra, (6) cuando trató esta cuestión en su libro sobre incapacidad de los alienados. Y de todo eso he sacado la consecuencia de lo que esquemáticamente voy a decir.

La legislación romana —en diversas épocas— prevé la curatela, prevé normas en relación con el alienado, para los testamentos y para el matrimonio. Cada vez que mencionaba los estados mentales usaba el término "mentecaptus" o el de "furiosus". A veces em-

(1).—René Fusier; Les Aliénés. Capacité Juridique et liberté individuelle. París, 1886.
(2).—Louis Bourdon; Des incapacités civiles resultant de l'alienation mentale, París, 1881.
(3).—Jean Bertrandon; Du Caractére de l'interdiction; París, 1881.
(4).—Giuseppe Boggio; Delle Persone Fisiche Incapaci; Turín, 1888.
(5).—Legrand du Saulle; La Folie devant les Tribunaux; París, 1864.
(6).—A. Montarcé Lastra; La incapacidad Civil de los alienados; Bs. Aires, 1928.

pleaba el de "demens", otras el de "fatuus". Este término "fatuus", como náufrago flotante, sobrevive en algún artículo perdido del actual Código Civil argentino.

¿Qué querían decir en aquel tiempo con "furiosus" o "mentecaptus", que eran los términos más difundidos? En realidad, se referían, aunque no siempre en forma bien clara, con el término de "mentecaptus" a los estados permanentes de alienación, especialmente a los congénitos; y se referían con el término "furiosus" a los agitados, genéricamente a las formas adquiridas, sobre todo a las que tenían una evolución discontinua. Y en eso termina la psiquiatría que conocía el derecho romano como clasificación. Es evidente, entonces, que cuando el derecho romano alude a alienados con esos términos, se refiere a categorías mentales que se han multiplicado y diversificado; de tal manera que pueden servirnos de poco para entendernos, si se sigue usando, si no los términos, el concepto que se usaba entonces en relación civil con ellos.

Los textos del derecho romano también hablan ya de "intermissionis", cuestión que en otros sitios he estudiado al hablar de "intervalo lúcido".

Con posterioridad, los textos legales fueron transformando el vocabulario y así en las partidas, por ejemplo, se habla de "locos o desmemoriados". Otras veces dice "los que no fuesen en su memoria o en su seso". Es evidente que con esos términos también es difícil entenderse para los psiquiatras de nuestros días.

En Francia, a lo largo de la primera parte de la llamada Edad Media, es notorio que todo el concepto de la alienación mental estuvo coloreado de superstición en la relación con la "demonología", que culminó en los siglos XIV y XV. Pero ya hacia el siglo XIII las normas legales y las autoridades judiciales diferenciaban, de acuerdo precisamente con la tradición del derecho romano, dos formas fundamentales de alienación mental, a las que se reducía casi toda la psiquiatría de ese entonces. Se hablaba de dos tipos también, uno de formas continuas, otro de formas intermitentes o agudas. Se hablaba entonces en Francia de la "folie naturelle" y de la "forsénnerie"; y los enfermos de esas categorías eran "fols natu-

rels", los unos, y "forsennés", los otros. Es decir, las dos formas que ya había diferenciado el derecho romano.

Eso va transformándose y tiempo después, con los siglos, se produce la Revolución Francesa, que conmueve a la sociedad en todos sus aspectos, incluso en la psiquiatría; y, por obra de la reorganización de toda la sociedad, se dicta el Código Napoleón. Y años después, en 1838, se dicta la Ley de Alienados. Esos dos hechos tienen una importancia fundamental para toda la psiquiatría forense, que a partir de entonces se transforma y va cobrando caracteres más técnicos. Y es importante destacar que por entonces es evidente la influencia que tuvo la obra de dos grandes psiquiatras: Pinel y Esquirol: el primero que liberta a los alienados de las cadenas con que se les sujetaba en el hospicio; y el segundo, que proyecta y prepara el camino para la sanción de la Ley de Alienados de 1838.

En Inglaterra, según el análisis de Maudsley, el proceso fué parecido, y en un principio, la ley y la medicina sólo reconocían dos clases de alienados: el "idiota", estado congénito y permanente, y el "lunático", estado adquirido, con agitación o intermitencias. Tiempo después se planteó el problema de la "locura parcial", que es parcial por su extensión o por su grado. Hacia mediados del siglo XVIII, se modifica un tanto el criterio demasiado restrictivo en materia penal para aceptar la irresponsabilidad por locura, siendo en cambio más amplio y comprensivo el criterio en materia civil. "Mientras la ley rechazaba eximir de castigo los actos criminales a menos que la razón de su autor estuviera enteramente ausente, ella anulaba los actos civiles de un individuo y le quitaba la dirección de sus negocios y de su persona, por poco que hubiera locura parcial" (1).

No debe creerse que los términos usados por los Códigos modernos para referirse a la alienación mental, signifiquen extraordinarios progresos en el sentido psiquiátrico. Veamos algunos.

~~(1).— O Alienado no direito civil Brasileiro. Reedición, 1933, Río de Janeiro.~~

(1).- H. Maudsley: Le Crime et la Folie (trad. francesa). Paris, 1874.

Como se sabe, el Código Civil francés o Código de Napoleón, ha sido la fuente de muchos otros, europeos y americanos. Ese Código prevé la interdicción para los casos de alienación mental, pero usa los términos de "estado habitual de imbecilidad, de demencia o de furor" (art. 489). Algunos han sostenido que esa nomenclatura fué adoptada siguiendo la clasificación de Pinel; pero no es así. Primero, porque la clasificación de este maestro era distinta, como puede verse en su obra. En segundo lugar, porque ese texto no hizo sino consagrar la tradición civil, exclusivamente legal y jurídica, del derecho francés anterior, como lo prueba el hecho de que ella figura ya, exactamente igual, en la Constitución revolucionaria del año 1795.

Directamente en este texto se inspiró el Código Argentino, que habla, con el alcance de abarcar toda alienación mental, de "estado habitual de manía, demencia o imbecilidad". El Código Alemán emplea los términos "enfermedad mental" y "debilidad", dando a la primera expresión el sentido de un proceso de mayor gravedad, o verdadera alienación. El Código Italiano habla de "habitual enfermedad de mente". El código Suizo habla de "enfermedad o debilidad mental". El español dice "loco o demente". El brasileño emplea la expresión "locos de todo género". El peruano, el más reciente de todos, usa la frase "los que adolecen de enfermedad mental". Ya volveremos sobre los términos legales.

III. Fundamento de la interdicción

Pero no todo es una cuestión de términos, porque, al fin, todos podrían servir, si llegáramos a entendernos al uniformarlos, y esa es la dificultad. Igualmente importante, y quizá más que eso, es aclarar el fundamento que la ley debe adoptar para disponer la interdicción.

A través de la legislación comparada, de textos en vigor y de proyectos, uniendo a eso el análisis de la tradición y de la historia en este asunto, creo que puede diferenciarse tres tipos de inter-

dicción o mejor, tres fundamentos de la interdicción: **económico, biológico y mixto.**

a) El primero es el **económico,** es decir el que busca la protección de los intereses pecuniarios del individuo. Es a eso a lo que se alude cuando los Códigos exigen para la interdicción que el sujeto no pueda, por la enfermedad, "dirigir sus negocios", "dirigir sus asuntos", "proveer a sus intereses", "administrar sus bienes". Ese criterio, que predomina en algunos códigos y que es exclusivo en otros, cuando tratan no de interdicción, pero sí de curatela —porque ese, concretamente, parece ser el fundamento en algunos códigos — no es nuevo; existía en los orígenes de esa institución, es el fundamento que la creó cuando nació en el Derecho Romano.

El punto de vista de la protección económica fué casi el exclusivo en el comienzo de vida de esa institución civil. Fué así la interdicción creada con curador para los pródigos; y se la creó no tanto para proteger al pródigo, sino para proteger a su familia y sus intereses. Esto está aclarado por algunos comentaristas. De la protección que la curatela creaba al pródigo se hizo una extensión para los enfermos. Primero era sólo para el "furiosus" (ya vimos la diferencia entre el "furiosus" y el "mentecaptus" en tiempos del Derecho Romano). Primero fueron sólo los "furiosus" los protegidos, y entonces, por la aparición intermitente del mal se planteaba el problema que todavía existe de los "intervalos lúcidos", que interrumpían o suspendían la curatela; se consideraba que los "mentecaptus" eran absoluta, necesaria, naturalmente incapaces, que no había necesidad de medidas especiales para ellos; pero después se extendió también a los "mentecaptus", es decir a las formas de locuras continuas. Todavía dura este criterio de la protección económica; parece orientar algunas decisiones judiciales en países cuyos códigos no tienen esa mención. Desde el punto de vista de la medicina legal, que es el único en que yo tengo el derecho y el deber de colocarme, parece que ese fundamento es insuficiente, es malo, como lo veremos.

b) Otro criterio es el fundamento **biológico.** Propongo ese término: fundamento **biológico** de la interdicción. Es un criterio ob-

jetivo, sólo busca comprobar el estado morboso. Es un fundamento psiquiátrico que consiste en que el perito y el juez resuelvan el hecho concreto y probado en el juicio de si el sujeto es o no un enfermo mental. Comprobar la existencia o inexistencia de la alienación mental es la base de ese criterio concreto. El tiene la ventaja de que crea una institución que no busca solamente proteger los intereses económicos del enfermo, sino que busca también protegerlo a él como enfermo, o sea la protección de su persona, porque él interesa a toda la sociedad; no sólo interesa como persona que tiene dinero, mucho o poco: interesa para protegerlo como enfermo mental, que no sabe dirigirse, no acepta curarse y significa un peligro. Además, puede darse el caso de un enfermo que no tiene bienes materiales que administrar y, sin embargo, también en ese caso, la institución que el Código crea debe lo mismo darle a la sociedad los instrumentos para protegerlo. Por otra parte, el enfermo, como sujeto posible de derecho, no sólo posee bienes, no sólo administra, sino que vive y, al vivir, puede realizar actos civiles que no impliquen disposición de bienes. Así, por ejemplo, casarse o realizar actos ilícitos. Por consiguiente, todos esos aspectos que a la sociedad interesan deben estar previstos como fundamento de la interdicción.

En realidad, no sé si por una visión doctrinaria completa del problema o más probablemente por una intuición certera, el Código Napoleón adoptó este procedimiento en el texto del artículo 489, y ese es también el criterio del actual Código Argentino (artículo 141). Porque sólo está fundado en ese criterio objetivo el texto de esos artículos francés y argentino y no me refiero a otro. Su texto es claro.

c) Hay otro criterio, finalmente, de fundamento de la interdicción: es el que podríamos llamar **mixto.** Criterio mixto que consiste en la unión del fundamento biológico y del fundamento económico. Como el tiempo se va, voy a omitir otras consideraciones y sintetizar sobre esta cuestión leyendo un párrafo de un gran maestro de medicina legal, Nina Rodríguez, que muchos abogados conocen, porque fué un psiquiatra y médico legista que tuvo en el Brasil una gran influencia en la redacción del Código Civil en sus aspectos psiquiátricos. Nina Rodríguez dice en su obra sobre el

alienado del punto de vista civil lo siguiente: "En la práctica, este arbitrio importaría una petición de principios, pues decir que son incapaces los que por el estado anormal de sus facultades mentales no pueden dar consentimiento o dirigir sus negocios es, en final de cuentas, decir que son incapaces los incapaces de gobernarse y no es decir quiénes son" (1).

IV. Crítica de lcs fundamentos

De estos tres sistemas, nuestro favor está por el que he denominado "**biológico**" puro, por varias razones. Primero, porque el criterio objetivo simplifica y aclara el problema de la determinación de los casos, según la existencia o no de la alienación mental. Segundo, porque de hecho, en el presente o en el futuro de cada enfermo, están comprendidas las consecuencias psicológicas o económicas que el fundamento "mixto" propone como condición. Además, porque esas condiciones agregadas son incompletas o confusas o contradictorias o científicamente injustas. Finalmente, porque objetivado el problema en el diagnóstico de alienación mental y clasificado el enfermo, fundada en eso la interdicción, queda mejor protegido el alienado en todos sus aspectos: terapéutico, económico, social y familiar. Pues todos ellos interesan, unos más que otros, según los casos, dada la ínsita y múltiple peligrosidad de estos enfermos. Hay veces en que la necesidad de protección es mayor o exclusiva en el aspecto económico, otras en que lo es en el terapéutico, otras en que lo es en el de peligro para los demás. Y sólo un texto con fundamento biológico, puro, puede abarcar las múltiples eventualidades de esas situaciones. Y prueba de ello es que muchos Códigos autorizan a cualquier vecino a iniciar la insanía, cuando el enfermo molesta o es peligroso.

Este criterio biológico, que estaba ya en el Código Penal francés, tiende a ser aceptado ya en la doctrina y en proyectos más recientes, en materia de falta de imputabilidad de los alienados. En materia civil, la legislación es variada en este punto.

(1).—O Alienado no direito civil Brasileiro. Reedición, 1933, Río de Janeiro.

Por lo pronto, el fundamento **económico** puro fué el creador en Roma de la institución civil de la curatela para los pródigos y él también orienta en la actualidad los textos legales de países donde se limita o suprime la capacidad de estas personas. En cambio, tratándose de enfermos mentales, ningún Código moderno se basa sólo en el fundamento económico. Pero dado el origen de esta institución civil en el Derecho Romano, ese criterio económico sigue impregnando erróneamente el texto de la ley o el juicio del magistrado.

Para los enfermos mentales, hay países que adoptan el critetcrio que vimos con el nombre de "biológico puro". Ese criterio biológico, objetivo — basta la existencia de la enfermedad— es el que emerge como concepción del texto de la ley, aunque la jurisprudencia nos dice que no es siempre ese el criterio en su aplicación. Existe en Francia, en Chile, en el Uruguay, y aparece en el Código ruso del tiempo de los zares. En cambio, adoptan el criterio mixto —o sea el criterio biológico y el económico unidos— los Códigos de Alemania, Austria, Italia, Portugal, Venezuela, Suiza y el Perú.

En el Código argentino actual, el texto del artículo 141 implica la adopción del criterio objetivo, biológico. Por el contrario, el proyecto reciente adopta el criterio mixto.

Los Códigos que adoptan un criterio mixto nos dan en la vaguedad o contradicción de su texto nuevos argumentos en apoyo de la tesis que defiendo. Todos exigen una causa morbosa, por lo general con la expresión "enfermedad mental" y algunos agregan "debilidad", pero exigen también una consecuencia de orden económico o psicológico. Y en este punto, hay muchas diferencias, lo que prueba la dificultad o imposibilidad de concretar ese rasgo fundamental. Así, por ejemplo, el Código Alemán (artículo 6) exige que por ese estado morboso el sujeto "esté imposibilitado de regir sus negocios". El Código austriaco era igual. El Código italiano (artículo 324) habla de "que lo haga incapaz de proveer a sus propios intereses". El Código suizo (artículo 369) pluraliza esas consecuencias y requiere el caso en que el sujeto "no puede cuidar de sus negocios — para cuya custodia necesita permanente-

mente de los cuidados o del concurso de alguna persona— o que amenaza la seguridad de los otros". El Código peruano —que aquí se ha inspirado en el suizo — dice (artículo 561) "que sean incapaces de dirigir sus negocios, que no puedan prescindir de cuidados y socorros permanentes o que amenacen la seguridad ajena". Pero este mismo Código (artículo 9, inciso 2º), también aquí inspirado en el suizo (artículos 15 y 16), funda la incapacidad por enfermedad mental en una condición psicológica: cuando el estado patológico "los priva de discernimiento". Cosa que nos deja perplejos, pues se exige un factor ajeno al requerido en los otros artículos. El proyecto argentino de 1936, a estudio del Parlamento, establece (artículo 46) que "no se hallare en condiciones de dirigirse a sí mismo o de manejar sus negocios".

Como se ve, la condición agregada al estado morboso, según el fundamento mixto, es variable. La mayoría de las veces se trata de un fin de protección económica, otras veces, concretamente, de un rasgo de orden psicológico. Y en realidad, incluso cuando la ley se refiere a los negocios, el punto de vista es la protección de los bienes, pero el problema se concreta también en un carácter psicológico: la incapacidad para administrar.

Y este es otro defecto del criterio mixto. No hay ningún rasgo psicológico que por sí solo baste para definir o diagnosticar la alienación mental. La psiquiatría contemporánea lo sabe tan cumplidamente, que es una cuestión sobre la cual ya ni discurren los autores. Esto fué ya consagrado por los maestros clásicos del siglo pasado. A manera de epígrafe he reproducido la oportuna opinión de Falret sobre dicho asunto. Y agregaré la concordante de Tardieu: "El signo psicológico de la locura falta completamente; es tiempo perdido buscarlo y nada útil es de esperar de estos estériles esfuerzos" (1).

Las fallas de este sistema se agravan todavía más cuando ciertos Códigos, según acabamos de verlo, basan su fundamento mixto en la condición psicológica de la falta de "discernimiento", elemen-

(1).—A. Tardieu; Etude medico-legale sur la Folie, París, 1872.

to tan incierto que nos lanza en un océano de contradicciones y conjeturas. Bueno es recordar que esta cuestión del discernimiento —impregnada de la atmósfera del fuero criminal— ha sido ya abandonada en el derecho penal. Para destacar su falacia recordaré las páginas que Maudsley le dedica en el capítulo IV° de su difundido libro para demostrar que el "loco" no siempre está privado de "esta facultad moral de discernimiento" y afirmar en un tono ya jocoso, que ese criterio es tan malo para descubrir la alienación, que "la cosa debería decidirse por cara o cruz, en lugar de depender de un debate solemne ante una Corte de Justicia, y aun así ello no sería más aleatoria".

Podría decirse que este autor es un tanto viejo, pero eso demostrará que la cuestión misma es vieja y ya está aclarada hace mucho tiempo. Con todo, si quisiéramos olvidar el anacronismo y referirnos a autores modernos, nos encontraríamos que no hay coincidencia sobre lo que ha de entenderse por "discernimiento", y sobre todo que la falta de esa imprecisa función psicológica es insuficiente para los dos únicos fines que podrían justificarla en un Código: el fundamento de la incapacidad civil y la existencia de la alienación mental.

El Código civil suizo ha intentado una aclaración en su artículo 16: "Toda persona que no está desprovista de la facultad de obrar razonablemente a causa de la niñez o que no está desprovista de ella a causa de enfermedad o debilidad mental, embriaguez u otras causas parecidas, es capaz de discernimiento en el sentido de la presente ley". Es decir, que "discernimiento es la facultad de obrar razonablemente", o sea que sería "incapaz" sólo el enfermo mental que no tiene la posibilidad de obrar razonablemente. Para el caso de unos enfermos, esas frases representan el reino del truísmo o la tautología; para los otros, el reino de la injusticia. Y habría que dar razón a quien, hablando de este problema, dijo: "A menudo el menos loco se libra, mientras el más loco es ahorcado". Y si eso no bastara, recordemos las atinadas críticas que en el aspecto psiquiátrico civil han hecho sobre lo ambiguo e incompleto de esta noción del discernimiento, dos autores modernos: uno es jurista, Neagu, en su estudio sobre la responsa-

bilidad civil en actos de alienados (1) y el otro es psiquiatra, el Profesor Bleuler, al comentar el Código de su país (2).

Deseo anticiparme a una objeción. Se podrá decir que cuando la ley civil establece para la interdicción la condición necesaria de una consecuencia psicológica o económica debida a la enfermedad mental, no busca dar un dato clínico certero para diagnosticar o definir la alienación, sino dar el motivo social, jurídico, que justifica la declaración de incapacidad. Evidentemente, así resulta de muchas sentencias y comentaristas. Y expresión cabal de ese concepto es lo dicho en la Exposición de Motivos del reciente proyecto argentino: "Como la anarquía de pareceres torna en extremo difícil designar con un solo término genérico las perturbaciones que dan origen a esta incapacidad, hemos prescindido de toda denominación común a quienes padecen de enfermedades mentales o debilidad de espíritu, para referirnos exclusivamente al criterio que debe adoptarse como guía por los jueces, siempre que el sujeto no pueda dirigirse a sí mismo o atender sus negocios".

Precisamente, ese criterio es el que combatimos. No entraré en detalles del proyecto argentino, que he criticado ampliamente en un curso del año pasado en la Facultad de Derecho — reunido recientemente en un volumen (3). Diré, en cambio, que aquí se juega un poco con las palabras. Nosotros estaríamos dispuestos a aceptar el criterio mixto, si se nos probara que el agregado de la consecuencia psicológica o económica comporta esta doble ventaja: dar un elemento de juicio objetivo y claro y evitar errores o injusticias cuando se trata de alienados. Pero no es así.

Lo más claro para todos sería hablar solamente de estado de alienación mental. Porque si lo único esencial es una consecuencia de ese estado — dirección de los negocios en casi todos los Códigos — no habría ni necesidad de peritaje médico para hacer la clasificación de la forma de enfermedad y bastaría el juez o un contador o un hombre de negocios para resolver cada caso. Y esto

(1).—A. Neagu. Contribution a l'étude de la Faute Subjective dans la Responsabilité civile; París, 1927.
(2).—E. Bleuler, Tratado de Psiquiatría (trad. española), Madrid, 1924.
(3).—N. Rojas. La Psiquiatría en la Legislación Civil; Bs. Aires, 1938.

no es aceptable, aunque resulta el corolario lógico de la doctrina que combatimos. Bastaría con que los Códigos dijeran que se declarará la interdicción de toda persona que por cualquier causa no es capaz de dirigir la administración de sus bienes o negocios.

Pero ¿se habrá resuelto la dificultad con eso? ¿Qué criterio se seguirá? No sabemos. Interesa ver si es fácil, como parece, la determinación de la mentada capacidad para proveer o dirigir sus negocios. ¿Qué criterio se ha seguido en los países que basan en eso la interdicción? El más variado. En algunos juicios se ha pensado en la probabilidad, en vista del estado mental de la persona, de que haya riesgo para la dirección de los negocios; la probabilidad ha bastado. En otros juicios, médicos, jueces, etcétera, han discutido si se necesitaba que hubiera habido ya los hechos concretos de mala administración. En otros se ha discutido si era necesario un solo caso de mala administración o si era necesaria la reiteración, la habitualidad de los hechos de mala administración. No son hipótesis mías, son discusiones en los juicios y contradicciones en sentencias.

Carrara (1), en un trabajo, refiriéndose a la situación del Código de Italia, comenta una cantidad de discrepancias y contradicciones observadas en Italia, donde se usa el criterio mixto, precisamente, de enfermedad mental e incapacidad para dirigir sus negocios, como el proyecto argentino. Pero lo importante para nosotros es que no ha faltado siquiera una sentencia judicial que ni tome en cuenta este elemento de administración; hay un fallo italiano, de hace pocos años, en que se dice expresamente: "Es suficiente la respuesta científica sobre el estado mental del sujeto": fundamento biológico, pues. Precisamente porque el otro problema, el de los negocios, es más difícil. Es mucho más fácil —y es una ventaja de las leyes dar soluciones fáciles — decir si una persona es o no alienada, es o no semialienada, que decir hasta dónde va su capacidad de administrar. ¿Se tendría en cuenta el monto de la fortuna? Porque eso también se ha propuesto: que como criterio se tenga en cuenta el monto de bienes del sujeto; y se ha dicho:

(1).—Mario Carrara: Il concetto médico legale dell'infermitá di mente in rapporto all'interdizione. Arch. di Antropología Crim., Set. 1935.

cuando se trate de una fortuna grande y complicada: interdicción; en los otros casos, no. Es decir que al pobre hombre que tiene una sola casita se le permitirá que administre y pierda lo poco que tiene. Es un criterio arbitrario e injusto que se ha propuesto, propiciado y defendido por escrito. Me parece un contrasentido desde el punto de vista de la ley, que es proteger al enfermo, cualquiera sea su situación económica. Y esas son las consecuencias de adoptar este criterio de la capacidad de administrar o dirigir sus negocios.

Fundar la incapacidad en esa aptitud para administrar o dirigir sus negocios es incompleto desde el punto de vista jurídico y ha conducido, incluso, a la deformación del criterio médico. Así, por ejemplo, el ex-profesor argentino Francisco de Veyga ha sostenido que el "delirio parcial" o delirio sistematizado no impide, dada su lucidez, administrar sus bienes y por consiguiente no es causa de interdicción. Y aunque por un lado reconoce que "esas formas son sólo parciales en la apariencia", poco después dice que "puede muy bien excluírse de la interdicción a un monomaníaco a quien su familia vigila y cuida" (1). Este criterio inaceptable es consecuencia del fundamento mixto, que enturbia estos problemas. Pero además, hay un error psiquiátrico. En efecto, hay alienados que pueden hasta el momento del juicio resultar muy eficaces en su administración, mucho mejores que el perito o que ellos mismos antes de enfermarse. Eso se ha visto en algunos sistematizados y aun, al comienzo, en casos de parálisis general. Pero eso más aparente que real y que en todo caso será arriesgado afirmar como seguro para el porvenir, no puede orientar la decisión pericial y judicial, sea cualquiera el texto legal, y demuestra una vez más que el Código no debe fundar la interdicción en esa capacidad para dirigir sus negocios. Porque una interpretación estricta de esta capacidad podría conducir a negar la interdicción de aquellos enfermos, solución que la psiquiatría rechaza.

Ese mismo criterio equivocado se agrava en textos como los del proyecto argentino. En el artículo 46 establece la interdicción para todos los que por "enfermedad mental no puedan manejar sus

(1).—Estudios médico-legales sobre el Código Civil Argentino. Buenos Aires, 1900.

negocios" y en el artículo 55 concede derechos de administración a esos incapaces, "según las circunstancias", sin aclarar a cuales enfermos les será concedida. Sistema varias veces ambiguo y peligroso, pues hay el riesgo de mantener la capacidad de un alienado lúcido que parece capaz de manejar sus negocios, o de concederle la franquicia del artículo 55, por resultar apto para administrar.

El problema es saber si es o no es un enfermo. El punto ha sido motivo de una cantidad de discusiones en presencia de estos lúcidos, pues por ser alienados requieren protección, y por ese solo hecho corren riesgos para su persona, su familia o sus intereses, aunque parezca lo contrario. Hay además los casos de avaricia patológica. ¿Quién puede administrar con menos riesgos que el avaro? ¿Se le mantendrá la capacidad al avaro, a pesar de ser avaro patológico, por una psicosis? Se ve que no habría justicia en conservarle su capacidad, porque un buen día el avaro patológico se habrá excedido en la avaricia, aunque hasta el juicio ella pudo protegerle en sus negocios.

Porque en definitiva, el resultado es que, según el criterio que se aplique, se puede aceptar la capacidad para ciertos enfermos francamente alienados —lo que es injusto y peligroso— o afirmar siempre la incapacidad por el hecho de ser alienado— lo que torna redundante el agregado de esta inaptitud para los negocios. Y la consecuencia es que se puede llegar a la falta de diferenciación concreta de categorías y grados civiles en correlación con los morbosos, confusión en la cual he demostrado que ha caído el proyecto argentino, creo respetuosamente que ha incurrido el Código del Perú y de la cual se ha librado en parte por su texto y la jurisprudencia el Código alemán.

Porque con un criterio severo se llega a la opinión extrema de Ottolenghi: "Los requisitos antes estudiados para la capacidad civil, aun sólo para cuidar parcialmente los propios intereses (común administración), son tales, que nosotros consideramos que no puede presumirse que existan en tesis general en casos de enfermedad mental, aun parcial" (1).

---

(1).—Profesores De Sanctis y Ottolenghi; Trattado pratico di Psicopatología Forense. Milán, 1920.

El criterio mixto, con ese elemento de falta de aptitud económica o administrativa, agrega una condición que es redundante para todo alienado, según la psiquiatría, que es dudosa o confusa para algunos enfermos y que se presta, en sí mismo como hecho, a las más diversas contradicciones de interpretación. Además de los antecedentes mencionados, recordaré a Ruiz Maya, que dice: "Si añadimos a esto las dificultades prácticas de la valoración de la capacidad para regir los bienes propios, comprenderemos lo difícil que resulta el intento de hallar la norma general que buscamos" (1). Y prueba de ello es que el punto ha sido motivo de muchas discusiones en Italia, al extremo de que el profesor Galgano, en los fundamentos del nuevo Código Civil de su país, ha dicho que esas son "cláusulas atormentadas por los intérpretes" (2).

V. Solución basada en el fundamento biológico

De todo ello surge, rotunda y cristalina, la ventaja de lo que llamo fundamento biológico de la incapacidad civil de los enfermos mentales. Es un criterio objetivo y más preciso, tanto en la doctrina como en su aplicación judicial. Veamos cómo la psiquiatría forense nos puede esclarecer el punto y para ello partamos de los hechos concretos y vivos del hombre enfermo.

¿Qué nos dicen la observación psiquiátrica y la experiencia médico-legal en este asunto? Nos dicen que hay una categoría primera que no se presta a equívocos, y es la categoría de la alienación mental. Hay, comprendidos en este grupo de la alienación mental, diversos estados; pero los psiquiatras sabemos lo que eso significa. Sabemos, además, que para esa clase de enfermos no puede haber dudas, no puede la ley sino establecer una única medida, que es la incapacidad absoluta, la interdicción. He ahí ya un punto fundamental de partida, una categoría morbosa: alienación mental. La medida que corresponde desde el punto de vista del derecho positivo sería, pues, la interdicción.

(1).—M. Ruiz Maya. Psiquiatría Penal y Civil. Madrid, 1931.
(2).—Citado por Carrara, op. cit.

El propósito de esta medida no es solamente proteger la situación económica del enfermo, los riesgos de su mala dirección de los negocios; lo que proponemos es que se le proteja en ese aspecto, pero que se proteja también a su familia en todos los otros riesgos que corre por tener en su seno un alienado, y que se le proteja también a éste como enfermo, en virtud de que es un enfermo mental. La ley debe crear el instrumento de esa protección integral. El instrumento de tal protección en este caso es la interdicción, porque ella comporta la protección del aspecto económico, la protección de la familia y la protección de la salud del enfermo. Todos esos fines son los que debe buscar la ley al declarar esa incapacidad.

Por lo demás, yo no digo una novedad. Eso es lo que está concretamente en todos los países. Todos los países, incluso el nuestro, cuando legislan en este asunto comprenden en primer término a esta categoría de enfermos que nosotros llamamos "alienados", los alienados mentales, los estados de alienación mental. Eso está perfectamente esclarecido en forma concreta en el texto y en la interpretación de las leyes pertinentes, y está aclarado por la jurisprudencia mundial. Respecto de alienados, no hay dudas; sobre esto, estamos todos de acuerdo. Quiere decir que si la jurisprudencia, los textos, la doctrina, la medicina y el derecho, por la experiencia forense, se han puesto ya de acuerdo sobre este asunto, ¿para qué entrar en nuevas discusiones? Tenemos ya un hecho, un grupo de hechos, perfectamente definido y aclarado.

Precisado este punto, creo que no hay por qué usar perífrasis para referirse en la ley a este estado. Lo mejor es llamarlo por su nombre y decir directamente "alienación mental", término ya consagrado en el vocabulario corriente de habla española, por lo menos en América, donde también es usado en el Brasil. Todos nos entendemos, y así como a nadie que se respete y conozca el asunto, se le ocurriría llamar estado de alienación mental, por ejemplo, a la degeneración con perversiones instintivas o a la morfinomanía, nadie tampoco osaría negar que es alienación la parálisis general o el delirio sistematizado.

El término alienación mental no debe intimidar a los civilistas. No he de detenerme en el concepto o definición de esa expresión consagrada, asunto al cual he dedicado algunos de mis trabajos. Ella ha entrado bastante en el vocabulario corriente y ha dejado de ser un oscuro tecnicismo médico. En el mismo vocabulario jurídico ya es aceptada esa expresión, desde que la usó la ley francesa de 1838, si bien en aquel país ha adquirido una restricción de significado, no aceptable en doctrina ni en nuestros países. Alienación equivale a enajenación mental, sin entrar en detalles de puristas. En ese sentido empleó el término el gran jurista brasileño Freitas en su Esboço, justamente para interdicción. Lo adopta el Proyecto argentino de Código Penal, de Coll y Gómez, siguiendo aquí el proyecto de 1926 sobre Estado Peligroso. Por lo demás, como corrección técnica y precisión lógica es expresión muy superior a "demencia" o "enfermedad mental" o "pérdida de razón" u otras expresiones usadas en los Códigos Civiles. Y con razón, el profesor brasileño Alcántara Machado en su reciente proyecto de Código Criminal la ha adoptado, diciendo: "La expresión "alienación mental" no será tal vez perfecta, pero es la menos imperfecta de las que han sido propuestas hasta ahora, para comprender los casos de enfermedad mental, congénita o adquirida, permanente, duradera o pasajera" (1).

Aclarado y aceptado este término, va de suyo, por lo que ya he dicho antes, que se adoptará el criterio objetivo y se suprimirá todo agregado sobre la capacidad para manejar sus negocios. Eso es un pleonasmo cuando se trata de alienados; está de más, hay que suprimirlo.

La fórmula que proponemos es sintética y con ello se suprimen confusiones. Es objetiva y con ella se fijan normas más precisas. Tiene además la ventaja de prever todos los peligros eventuales que justifican la protección civil de estos enfermos. Porque es evidente que ella abarca como fundamento de la incapacidad todos los aspectos de las relaciones de derecho inherente al hombre, en sí mismo, en sus bienes, en su familia, en sus obligaciones, es decir,

(1).—Exposición de Motivos del Proyecto. San Pablo, 1938.

para hablar con palabras del gran Savigny, "los tres géneros principales de relaciones de derecho, a saber: la propia persona, la naturaleza no libre y las personas extrañas" (1). Y precisamente de todos estos aspectos se trata en estos casos de alienación, pues la ley no hace sino consagrar con la interdicción la incapacidad absoluta creada por la naturaleza con la enfermedad.

Las dificultades provienen del segundo grupo de anormales, o sea los fronterizos o semialienados, pues muchos necesitan protección, como existe en diversos países. No entraré, constreñido por el tiempo, en larga discusión sobre estos estados. De todos ellos, me parece que deben tener protección civil: la debilidad mental o de espíritu, la decadencia de la vejez sin psicosis ni demencia, el alcoholismo crónico y toxicomanía sin alienación. Estos enfermos deben estar comprendidos en una categoría civil especial, entre la incapacidad total de los alienados y la capacidad de los normales. En cambio, no deben caer aquí los perversos o llamados "locos morales"; los pródigos puros podrán o no tener categoría especial —ese no es asunto médico—; los afásicos verdaderos, sensoriales y totales, tendrán mejor ubicación como caso de incapacidad juntos con los sordomudos.

En conclusión, debe haber una categoría para los alienados, que no se presta a discusión, a la que corresponde interdicción por "alienación mental", expresión que debe incorporarse a la ley.— Una segunda categoría de semi-interdicción, que existe en muchos países del mundo y que la legislación de nuestros países debe adoptar y establecer concretamente, especificando a qué categoría de personas se ha de aplicar. Allí están comprendidos los débiles mentales, debilitados seniles simples, alcoholistas crónicos y toxicómanos —sobre todo, estos cuatro casos, en que está excluída la alienación mental.

Estos últimos enfermos podrán ser previstos quizá en una forma genérica; tal vez eso fuera conveniente, si los legisladores no quieren usar concretamente esos términos. Podría hallarse una forma genérica que comprendiera a todos, pero siempre que se di-

(1).—M. F. C. de Savigny; Sistema de Derecho Romano Actual (trad. esp.). Madrid, 1878, t° 1.

ga expresamente: excluída la alienación mental. Y se podría agregar que para estos casos se establecerá la semi-interdicción, cuando esas personas, en virtud de su estado psíquico anormal, necesitan protección y asistencia en su salud o sus negocios. Y en esto que propongo no hay contradicción con lo que he defendido como criterio biológico objetivo, porque una cosa es legislar para alienados y otra muy distinta es legislar para estados fronterizos. El criterio biológico, puro, objetivo, es inobjetable y certero, y no se presta a confusiones cuando se trata de alienados. Cuando se trata de semi-alienados, ahí la situación es menos clara y es aceptable desde el punto de vista de la medicina legal y de la psiquiatría, que se agregue esto que condiciona el desequilibrio a una necesidad de protección, o sea los casos en que el anormal necesita protección y asistencia para su salud o sus negocios; es decir, también para su salud, y no sólo para sus negocios.

¿Cuál régimen ha de adoptarse para esta situación intermedia? En realidad, es asunto de abogados, más que de médicos; pero me parece que podría adoptarse para estos casos la solución de la semi-interdicción, del consejo judicial francés, o la "inhabilitación" del Código Italiano. Podría, aun, aceptarse, aunque con más claridad, la posibilidad de administración que el proyecto argentino de Código Civil establece en su artículo 55; pero esto que me parece aceptable del punto de vista psiquiátrico, es sólo para estos semi-alienados, por lo cual ese artículo 55 deberá ser redactado con esa aclaración, pues su forma actual es muy confusa.

Tal es, según mi modesta opinión, la mejor norma para legislar y juzgar en este problema. Adoptado el criterio objetivo, biológico puro, se da un fundamento doctrinario más sólido y previsor a la interdicción en el texto legal y una guía práctica más concreta y científica a la decisión del perito y del juez. Por lo demás, ese fundamento preciso está aceptado para matrimonio, testamento, etc., aun en algunos Códigos que siguen, sin embargo, el criterio mixto en materia de interdicción. No sería objeción valedera la de que la norma que propiciamos da jerarquía demasiado primordial o excluyente a la doctrina médica y a la opinión pericial. Ello no es así, porque el dictamen del perito debe ser discutido y puede

ser rechazado por el juez, de acuerdo con las pruebas, y porque, al fin, no es excesivo ni ilógico dar primera importancia a la medicina cuando se trata de enfermos. Eso sucede en muchos otros asuntos de la medicina legal y nadie se alarma por eso. Lo mismo debe ser en problemas de incapacidad.

Psicologia e Psicoterapia da dor
o conceito da dor

Pelo Professor Dr. A. AUSTREGESILO

(Río de Janeiro)

PSICOLOGIA E PSICOTERAPIA DA DOR

O CONCEITO DA DOR

Pelo Professor Dr. A. AUSTREGESILO

(*Río de Janeiro*)

I

O conceito da dor pode ser encarado fisiologica ou psicologicamente. Exprime-se como fator de defesa do organismo atravez do sistema nervoso. Sabemos que o sistema nervoso é um sistema de defesa e deriva do ectoderma é pois o mais sensivel aos toxicos e as agressões mesologicas. O sensorio e a sensibilidade defendem e guiam o individuo no ambiente. Tudo que está na conciencia e na inteligencia vem dos sentidos e das sensações. A dor manifesta-se por impressão anomala e penosa recebida por uma parte viva do organismo e percebida pelo cerebro.

A dor representa um grau de qualquer sensação quer externa, quer interna, especial e geral. As dores são tão diversas como as sensações normais que provêm quer do modo de ação e da causa da impressão, quer do estado do *aparelho* que recebe e transmite e quer do estado do cerebro que a percebe.

A dor desperta um estado de conciencia especial e que se opõe ao prazer. A percepção da dor é dada pelos neuronios centripetos que partindo da pele, dos orgãos dos sentidos dos tecidos em geral ou das viceras chegam ao cerebro atravez dos feixes sensitivos da medula, do bulbo, do tronco cerebral, especialmente do talamus opticus até a cortiça cerebral. As sensações dolorosas dependem do

grau de sensibiildade ou de percepção do sistema nervoso periferico e central. O cerebro infantil é muito menos sensivel á dor que o do adulto; e os hipermotivos e os hipersensiveis sentem muito mais a dor do que os individuos normais. Da mesma maneira que qualquer lesão organica permanente ou transitoria dos condutos ou dos centros sensitivos diminuem, exacerbam ou fazem desaparecer a dor, ao *pro rata* das lesões encontradiças. Grande influencia tem na origem das dores o sistema nervoso vegetativo, isto é o holosimpatico. Outrora os autores especialmente os neurologistas não davam muita importancia a este sistema na origem da dor. Uma nova luz veio trazer ao problema subjetivo da dor, constituida pela noção dos reflexos condicionais de Pavloff. Na rialidade no homem tais reflexos representam papel salientissimo no mecanismo da percepção da dor.

O arco reflexos de Marshall Hall que constitue a base da fisiologia do sistema nervoso é completado pelo condicionamento psiquico especialmente no homem.

A fisiologia da dor no homem toma aspecto especial porque o elemento psiquico torna o problema mais complexo do que pareceria á primeira vista. Na rialidade as sensações dolorosas humanas diferem da dos animais *ainda que de grau* superior na escala fisiologia, mesmo de homem para homer essa percepção é variavel. Assim pois somos obrigados a admitir que a fisiopsicologia da dor humana merece conceito a parte. Conclue-se daí que a fisiologia da dor é acrescida da psicologia da dor.

Não vamos perder tempo em grandes dissertações sobre a natureza da dor no aspecto filosofico. Desde os autores antigos que a dor serviu para grandes conceitos e explanações filosoficas. Para os filosofos o prazer e a dor são dois modos essenciais da sensibilidade e os fatos mais gerais da vida conciente; o desejo e a aversão que são deles inseparaveis encontram-se no homem e nos animais superiores. Os seus caracteres são os mesmos da sensibilidade isto é afetivos, subjetivos, variaveis, passivos, cegos, exclusivos, *fatais*, e modificaveis pelo habito. Dor e prazer não se podem em sua essencia definir. O prazer é a emoção agradavel que resulta da atividade satisfeita; a dor é a emoção penosa que resulta da actividade contrariada. Para alguns filosofos o prazer é fato negativo isto é só

aparece pela sensação da não dor (*indolentia*) como por exemplo Epicuro, Kant, Schopenhauer. Para outros o prazer é positivo. Gozar é mais do que não sofrer. (Aristoteles, Descartes, Leibnitz, Hammilton). Para os filosofos especialmente pessimistas ou malistas só a dor é real, e a frente deles está Schopenhauer.

Os psicologos como Wundt, Sergi, James, Paulhan, Ribot têm conduzido o problema da dor, ora pelo labirinto abstrato da filosofia, ora pela estrada mais segura da fisiologia.

Sergi diz, por exemplo, que entre a excitação exterior e a interior se estabelece um conflito; da derrota ou da vitoria surgem os dois estados diferentes e opostos a que chamamos dor e prazer. O sentimento é a parte afectiva da sensação, cujas formas fundamentais são constituidas tambem pelo prazer e pela dor, dois polos, que possuem uma linha neutra, com estados intermidiarios de indiferença. Paulhan julga a dor um elemento dissolutivo biologico, prejudicial á euritmia do organismo e Hamilton pensa ser o prazer a reflexão do exercicio espontaneo e livre de uma faculdade, da qual a conciencia nos revela a *acrescimo* e os estados dolorosos á diminuição de alguma função ou de todas as funções da vida. Em resumo, o prazer facilita, em regra, ao que chamamos em linguagem medica — o biótono; a dor modifica-o, degrada-o. A dor é catabolica, o prazer anabólico. Spencer resume a noção, dizendo que tudo que atrai a vida e a ativa é expressão do prazer, o que faz afastá-la exprime-se em dor. "As dores são pois correlativos de ação que se mostram nocivos ao organismo". Ás vezes as dores e prazeres completam-se e sucedem-se. Como ainda refere este filosofo, o excesso de prazer conduz-nos á dor. Um trecho de música agradavel, ouvida horas, dias seguidos, *aborrece, traz a magua*.

Os filosofos, mais que os psicologos encaram pessoalmente, segundo a maneira das suas doutrinas, os fenomenos dor e prazer. Epicuro não admitia nenhuma linha intermidiaria entre este e aquela. Existe apenas o estado de privação da dor. Esta tranquilidade é para os epicuristas a soberana felicidade. "Nam quoniam, quam privamur dolore, ipsa liberatione et vacuitate omnia molestia gaudemus, omne autem id, quo gaudem, voluptas est. (Ciceronis. De finibus bonorum et malorum).

Nietzsche, no conceito vibrante da cultura da energia, posta acima de qualquer sentimento de fraqueza ou do que lhe pareça, faz falar a Zaratustra:

"Profunda é a dor, e a alegria mais profunda que o sentimento. A dor disse passa. Mas toda a alegria quere eternidade, quere profunda eternidade".

Voltaire em ironia oculta, põe nos labios de Pangloss a cultivação absoluta do optimismo, decaido em ingenuidade na alma de Candido.

Os estoicos não querem as lamentações e Zeno acha-se representado em uma figura grotesca, mas possivel, do excelente livro de Anatolio France. Tais. (*Para eles é uma necessidade da vida, sem ser bem, nem mal*).

Possidonio, em frase celebre, resumiu inconcientemente a expressão estoica "Dor é violenta, mas não direi que é má".

Os pessimistas, porem, á frente deles Schopenhauer, crêm que só a dor é real: viver é sofrer.

A maneira de sentir a dor depende pois, não raro, da seita seguida ou da filosofia adotada. Em abstrato a dor é uma mas Zeno e Epciuro, Schopenhauer e Nietzsche chocam-se na maneira de doutrinar acerca do assunto. Dir-se-ia que os partidarios de Schopenhauer sentirão mais a dor que os nietzscheanos, o que é absurdo.

Ha, pois, uma cultura artificial, um preconceito filosofico que faz alguem sofrer menos ou mais os *aguilhões das maguas*. Os poetas são em regra apostolos da dor. Quasi todos soluçaram alegrias, epicedios; todos sofreram; todos se embriagaram na fonte dos sofrimentos onde existem o desespero e a saudade; e os cantores ora liricos, ora condoreiros, ora parnasianos, ora decadistas, e classicos, e modernos, todos têm consternações e melancolias. A alma do poeta é triste pelos seus versos; a alegria é um fogo-fatuo; o amor que ele decanta tem sempre duas sombras: a dor ou a morte. Os nossos patricios não poderiam fugir á lei geral porque Homero, Dante, Tasso, Petrarca, Camões, Byron e Stechetti irradiaram o genio talvez excitados pela dor.

II

No estudo da dor podemos toma-lo sob dois aspectos: fisiologico e psicologico. No aspecto fisiologico a dor pode manifestar-se em qualquer parte do organismo em que existe nervos sensiveis. E sempre causada pela excitação exagerada destes nervos, qualquer que seja a natureza dos excitantes: mecanicos, termicos, quimicos, eletricos ou somaticos especialmente nos processos patologicos como inflamações, pertubações de nutrição, intoxicações, carencias, e infeções. A dor pode ser provocada pela exitação mais ou menos forte em um ponto qualquer do nervo sensivel, desde sua extremidade periferica até aos centros *nervosos, neuronios sensitivos em suas varias estações.* Na fisiologia da dor ha manifestações paradoxais como na anestesia dolorosa, encontradiça na Tabes. A propriedade de localização e de irradiação das dores é dada pela percepção e se dá na cortiça cerebral. A intensidade da dor depende em primeira linha da exitabilidade dos nervos sensiveis. Ha, sabemos, numerosas diferenças individuais; alem disto certos nervos como o trigemeo e o nervo esplanenico que se distingue por sua excessiva sensibilidade. Quanto maior o numero de fibras excitadas maior a dor. Quando a excitaçã se torna muito prolongada a dor fica intoleravel. Segundo a modalidade da sensação os semiologistas distinguem diferentes variedades de dores: Urente, perfurante, lancinante, fulgurante, espasmodica, alem das varias sensações subjetivas de cada individuo e que se comparam a varios similes sensitivos. Sabemos que as sensações dolorosas são abolidas pelos anestesicos e narcoticos.

Patologia da dor.—Qualquer parte do neuronio ou dos neuronios sensitivos excitados ou irritados pode dar lugar á sensação dolorosa. Daí a divisão elementar de dores perifericas e centrais; estas podem ser medulares ou cerebrais. A semiologia nervosa já esgotou a questão da patologia da dor. Lembramos aqui que as manifestações das dores perifericas e centrais apresentam sinais e sintomas diferentes. As neuralgias, as radiculalgias, as algias de origem medular, telamica e cortical possuem semiologia diferente da mesma maneira que as dores de origem simpatica possuem caracteres dis-

tintos. Interessa-nos mais nas teses que vamos defender a questão da psicologia da dor. Os psicologos atuais tendem mais para a fisiologia do que para a psicologia abstrata na resolução do problema doloroso. Sabemos que no momento atual é impossivel esclarecermos totalmente o problema psicologico da dor porque somos obrigados a parar por nos faltarem dados experimentais acerca da psicologia da dor. Podemos dizer que entre a fisiologia e a psicologia existe grande lacuna o que nos faz preenchê-la com hipoteses mais ou menos razoaveis, porem simplesmente hipoteses. Não podemos rigorosamente definir a dor nem no aspeto fisiologico nem no aspeto psicologico. Estamos de acordo com Ribot em não defini-la e cada individuo humano conhece quando em perfeita conciencia o estado interior que ela desperta, porem não podemos com facilidade descrever todas as reações que acompanham o fenomeno subjetivo da dor. Sabemos que a dor desperta reflexos organicos e psiquicos e que entre estes se desenvolvem circulos viciosos patologicos. Como foi dito acima o sistema sensitivo e sensorial do organismo e constituido para defeza do individuo. Cada vez que aparece a dor se desencadeiam varios reflexos mecanicos, vaso-motores, secretores, viscerais e psiquicos. No fenomeno doloroso desencadeiam-se tambem muitos reflexos condicionados, o que vem perturbar na rialidade a ação precipua da dor. Se nós formos estudar atentamente os sinais e os sintomas produzidos pela dor, veremos que uma serie fenomenologica aparece: retração imediata do membro por defesa e que se pode mesmo produzir durante o sono ou em anestesia moderada. Outros movimentos podem aparecer como satelites do movimento defensivo inicial, por verdadeira irradiação ou difusão em zonas alheias ao ponto excitado. Registam-se tambem movimentos coordenados que constituem a mimica da dor e que se pode acompanhar de gritos, gestos, de palavras, de emoções, de paixões alheias muita vez a vontade, ao raciocinio e a inteligencia. Alem das manifestações motoras a dor pode acompanhar-se de diferentes disturbios viscerais para o lado dos varios aparelhos. A dilatação da pupila constitue fenomeno constante. É o melhor sinal objetivo da dor porque a midriase escapa completamente á influencia da vontade. O pulso retarda-se habitualmente; algumas vezes acelera-se. Com frequencia a tensão

arterial baixa. Os capilares contraem-se e a péle resfria-se. A respiração fica irregular e a sua amplitude diminue, com ou sem pausas respiratorias. As oxidações diminuem em todo o organismo. As secreções retardam-se. Disturbios do aparelho respiratorio surgem. O apetite diminue ou desaparece. Quando as dores são intensas e frequentes podem ter repercussão na saúde do individuo. Openheimer comparou-a a verdadeira intoxicação como estado catabolico do organismo.

A influencia da educação e da vontade humanas podem intervir constantemente transformando, deformando e mesmo parando as manifestações da dor e provocam derivações motoras ou secretorias que falseiam as expressões naturais dela. Grande influencia exerce naturalmente nas manifestações da dor os reflexos condicionados. Richet disse que a dor é a percepção duma excitação forte ou que parece forte *em consequencia do estado de hiperestesia dos nervos ou dos centros nervosos.*

Nas manifestações inflamatorias ou irritativas como artrite, neuralgia, e fleimões o menor contato torna-se doloroso pelo estado de hiperestesia. Qualquer irritação das meninges torna as excitações mais sensiveis. Ao contrario as intoxicações, as alienações mentais tornam menos sensiveis os individuos ás dores. O proprio individuo pode, pelo habito, pela absorção de problemas intelectuais diminuir a intensidade da dor. Segundo Ribot, Parshal, mergulhado em seus problemas quasi não sentia as neuralgias. Os Faquires, e certos Lamas do Thibet rasgam-se e retalham-se indiferentes á dor. As influencias psiquicas atuam sobre a maior ou menor intensidade da dor e poderiamos dizer que os estados dalma modificam o valor sensitivo da dor. Nas proprias dores viceraís ha esta influencia. A dor varia de intensidade de individuo a individuo. Ha fenomenos biologicos naturais que de simples sensação cenestesica podem tornar-se verdadeiramente dolorosas como a fome e a sede. Ha mesmo sensações organicas de vasio, de fraqueza, de peso que não são propriamente dolorosas; são estados desagradaveis que ás vezes em certos individuos podem tomar a tonalidade de dor. Neste particular os deprimidos mentais e especialmente os cenestopatas apresentam tais sensações.

A cenestopatia é a sensação constante e exagerada da cenestesia e, não raro, de maneira ansiosa.

Podemos compreender que em quasi todas as psicoses e neuroses gerais, a alteração da cenestesia seja frequente; tais disturbios elementares não são suficientes para constituir a sindrome de que tratamos.

A primeira vista a cenestopatia e a hipocondria parece coincidirem; mas são diferentes, se bem que habitualmente se achem juntas na mesma doença mental ou psico-nervosa. Ha casos em que é impossivel estabelecermos-lhes limite, pois o clinico não poderá afirmar onde começa a cenestopatia e onde termina a hipocondria; onde se inicia a angustia, a aporioneurose onde se separa a psicastenia, a ciclotimia, a loucura maniaco-depressiva, etc. Como já dissemos os estados patologicos da cenestesia são muito frequentes, mas reservaremos o nome de cenestopatia para os casos em que a psico-neurose nos aparece com sintomatologia de base cenestesica, isto é, quando os sintomas giram em torno da cenestesia, embora tenham base cenestesica, isto é, quando os sintomas giram em torno da cenestesia, embora tenham aspeto aparente hipocondriaco, alucinatorio, pitiatico ou neurastenico.

Faremos, para clareza de exposição, algumas considerações acerca da cenestesia.

A cenestesia é a reunião das sensações oriundas de todo o corpo e trazidas ao cerebro por diversas vias, nas quais o simpatico exerce grande papel mas não exclusivo, como querem determinados autores.

É a base da personalidade fisica, isto é, o sentimento vago que temos do nosso corpo, independentemente do concurso dos sentidos (Reil). É, pois, o registo cerebral da fisiologia dos orgãos (Zenha) subjetivamente falando.

Laignel Lavastine considera o simpatico a via fisiologica da cenestesia; outros autores porem, acreditam serem os nervos cerebro-espinhais e os orgãos dos sentidos os condutores das percepções cenestesicas.

Richet diz que a cenestesia é a sensação da nossa existencia, consequente ás multiplas excitações perifericas que chegam aos cen-

tros nervosos e que veem das viceras, dos musculos, da superficie cutanea.

A sensibilidade dolorosa pode ser despertada toda vez que qualquer sensibilidade seja ultrapassada em certo grau de intensidade. A sensibilidade dolorosa não é somente o exagero da sensibilidade especial porque a partir de certo momento em que aparece a dor as diversas sensações confundem-se em uma só particular desagradavel, aflitiva a dor propriamento, dita que desperta o instinto da conservação e provoca reações de defesa. A dor pode originar-se de qualquer parte do organismo e manifestar-se objetiva ou subjetivamente de origem superficial ou profunda. H. Head distingue duas formas da sensibilidade dolorosa esto é, *sensibilidade á dor propriamente dita* e a que é função dos nervos sensitivos cutaneos e a *sensibilidadé dolorosa profunda* que se produz nos casos de pressão mais ou menos energica atravez da pele sobre os tendões, as massas musculares e os ossos. A sensibilidade dolorosa á pressão faz parte segundo Head do grupo das sensibilidades profundas e persiste intacta quando a sensibilidade cutanea desapareceu e traduz-se por sensação dolorosa difusa.

Sabemos segundo os fisiologistas e semiologistas que a sensibilidade dolorosa não reside somente nas regiões cutaneas e nas mucosas providas da sensibilidade tactil e nos tecidos profundos. Pode ser despertada por ação direta sobre os cordões nervosos.

Os estudos de Head acerca da *sensibilidade epicritica* e *protopatica* modificam as doutrinas classicas acerca da fisiologia e da psicologia da dor.

As vias da sensibilidade geral são constituidas por tres classes de neuronios, o protoneuronio sensitivo, o deutoneuronio e o terceiro neuronio ou talamo-cortical.

O protoneuronio compreende o que se origina dos nervos craniano e raqueanos. O deutoneuronio sensitivo possue o corpo celular representado pelas celulas raqueanas ou bulbares. Destes nucleos partem fibras que vão ter ás camas opticas, umas diretamente pela calota do tronco cerebral que é a via sensitiva principal as outras depois de uma volta pelo cerebelo formam a via sensitiva se-

cundaria. Todas essas vias são cruzadas excepto o feixe cerebelar direto.

O terceiro neuronio ou talamo-cortical sae do talamo emerge da face supero-externa da cama optica, penetra na capsula interna, atravessa a parte superior do seu seguimento posterior, espalha-se pela corôa irradiada e termina na cortiça cerebral, isto é na area post-central ou somato-sensitiva de Von Economo.

Segundo Head as vias de condução manifestam-se como se cada tipo de sensibilidade correspondesse a um sistema de recepção especifica, um sistema de condução especifica, um centro analizador especifico. Nem todos os autores adotam esta maneira de ver. Head demonstrou experimentando sobre si mesmo que a secção do nervo periferico sensitivo (o ramo cutaneo externo e o ramo cutaneo dorsal do radial) não determina anestesia total porem anestesia dissociada, que respeita completamente a sensibilidade proprioceptiva. Distingue como já foi dito acima a sensibilidade epicritica e a sensibilidade protopatica. A sensibilidade protopatica transmitida pelos filetes simpaticos, fornece respostas rapidas porem largamente irradiadas aos excitantes dolorosos e termicos extremos. É incapaz de indicar qualquer sensação tactil e aparece como sensibilidade elementar. A sensibilidade epicritica passa pelas fibras somaticas, fornece impressões delicadas e finas; indica os leves contactos, o sentido do lugar, os graus de termotemperatura media entre 22 e 40 graus e a percepção estereognostica. Para alguns autores a sensibilidade protopatica seria uma sensibilidade primitiva, de proteção cujo centro se acha no talamo; a sensibilidade epicritica seria de aquisição mais recente, mais fina, mais bem desênhada, descriminitiva e que está dependente da cortiça cerebral.

Demos estas rapidas noções de fisiopsicologia da dor para melhor compreendermos a psicoterapia da mesma.

Como já foi deduzido da exposição acima feita o elemento psiquico exerce grande influencia na origem e na cura da dor. O fator psiquico no fenomeno dor é indiscutivel. Para melhor sistematização do assunto podemos dividir as dores em organicas e funcionais. As organicas dependem da irritação do sistema nervoso central e periferico. Ainda estas podem ser divididas em dores nervosas de

origem cerebro-espino-nervosas e dores de origem holo-simpaticas ou vegetativas.

As dores funcionais ou de origem psiquica podem ser divididas em manifestações somaticas propriamente ditas como as topoalgias de Blocq, as pseudoneuralgias histericas ou qualquer manifestação dolorosa que pode surgir nesta psiconeurose, e as falsas dores cenestopaticas. Ha ainda a dor psiquica que aparece nos estados de depressão psiquica como na psicose maniaco-depressiva, nos estados melancolicos e enfim em certos casos de neurose obsessiva.

Compreendemos que os reflexos condicionados exerçam grande influencia na origem e na extereorização de tais fenomenos dolorosos. Ás vezes não podemos separar o que é conestopatico e o que é psiquico propriamente dito.

A analise mental, metodo que usamos previamente para o exercicio da psicoterapia pode até certo ponto orientar-nos acerca deste assunto. Não é facil nos casos enfermiços estabelecer a origem exata e real das dores nas neuroses e nas psicoses. As vezes ha pontos organicos que servem de espinha irritante para a manifestação dolorosa.

Um exame clinico perfeito do organismo enfermo é indispensavel para o exato conhecimento, ou ao menos aproximado da origem dos fenomenos dolorosos.

Os metodos psicoterapicos empregados para o tratamento curativo da dor não são diferentes dos empregados na psicoterapia em geral.

Podemos estabelecer logo uma divisão entre as dores organicas, psicoorganicas, as dores funcionais de origem psiquica e as dores psiquicas propriamente ditas. As primeiras são as neuralgias e as viceralgias de base inflamatoria ou irritativa. Nas segundas o elemento doloroso é funcional porem o ponto de partida é organico como por exemplo, nas neuralgias de origem catamenial. A terceira são as dores de origem psicogenica e que se manifestam por zonas, segmentos ou partes vicerais do organismo. Isto acontece frequentemente na histeria, na neurastenia na neurose obsessiva e as vezes na aporioneurose. As quartas, as dores puramente psiquicas ficam limitadas ao dominio espiritual são expressões da ansiedade-angus-

tia e que se encontram frequentes vezes nos estados melancolicos ou na aporioneurose. O tipo da dor psiquica encontra-se na fase depressiva da psicose maniaco-depressiva, ou fase melancolica. Desta dor psquica as ideais de ruina, de suicidio, de insolubilidade e até de negação. (S. de Cotard). Na aporioneurose a ansiedade e angustia conduzem o individuo á dor psiquica, ao desespero tendente muita vez ao suicidio. Na melancolia ansiosa esta dor psiquica toma as vezes aspecto intensamente violento.

A psicoterapia deve comportar-se na dor de maneira diferente para cada caso.

Antes de entrar no assunto devemos estabelecer em linhas gerais os metodos psicoterapicos.

Podemos de maneira geral admitir que a psicoterapia recebe logo uma dupla divisão de metodo: a que visa o conciente e a que visa o sub-conciente ou o inconciente.

Conciente e inconciente

Quasi todos os psicologos modernos estão de acorde em admitir na formação da alma duas partes principais. O Conciente, *eu superior*, voluntario, seguro, com todas as aparencias de supremas energias, porém restrito e o Inconciente, *eu inferior*, mais lato, menos sujeito ás prerogativas da vontade, em que impera segundo Coué a imaginação; forma a parte mais intensa e mais abundante da psique e domina de preferencia a personalidade humana. Ha pois o eu-conciente e o eu-inconciente.

Grasset, que havia criado o imaginoso esquema de psicologia como um verdadeiro poligono, colocou o centro —O— como a expressão do eu conciente superior. A ciencia da alma, sobretudo a psicologia patologica, vãe demonstrando progressivamente que o inconciente apresenta maiores ensanches na espiritualidade humana, o qual é para Freud e seus dicipulos o grande repositorio do caracter são e doente.

Pareceria á primeira vista que o homem, que é o tipo soberano da terra, e que tem progressivamente aperfeiçoado a psique, de-

veria cada vez mais dilatar a função do eu superior em detrimento do inconciente. Apesar de o aperfeiçoamento iterativo, a alma em sua formação conserva, pelas condições hereditarias, sobretudo atavicas, o grande acervo ou registo que resume habitualmente o inconciente.

Chegaremos ao paradoxo ao dizer que, o que dirige o homem é mais o inconciente do que o conciente. Segundo Baudouin, Miray, o conciente é a vontade, o inconciente a imaginação. A vontades dicerne, a imaginação inspira. Pela vontade o homem domina os outros, pela imaginação a si mesmo.

O conciente superior livre, voluntario, cria a duvida filosofica, o inconciente prepara a fe. O conciente abrange de todo a razão, no inconciente dominam o sentimento, o coração.

A alma superior cristaliza-se pela vontade; a alma inconciente eleva-se pelo sentimento, pelo aperfeiçoamento dos instintos, pelas forças vastas e difusas da personalidade, cujo caudal dirige os passos humanos ou faz criar as psiconeuroses.

O conciente e o inconciente são as forças espirituais por excelencia. A terapeutica do espirito está em cultivar as duas para a curabilidade dos males.

Ha pois dupla corrente de psicoterapeutas: os que aconselham a cultura do eu superior: como Nietzsche, Smile, Dubois, Zbinden, Dejerine e os que acreditam que ha maior vantagem na cultura do inconciente, ora por meio da psicanalise (Freud, Sagder, Ferenczi, Breuler), ora por meio do hipnotismo (Mesmer, Charcot, Bernheim, Joire); ora por meio da auto-sugestão (Liebault, Levy, Coué, Baudouin, Miray, e toda a nova escola de Nancy).

Não podemos negar que nas neuroses ou psiconeuroses são sempre os desvios do inconciente que trazem as maiores perturbações.

Os acidentes histericos, as fobias, obsessões, manias mentais, os sonhos, os atos automaticos, as distrações, os lapsos, impulsos, são sempre expressões psicologicas ou clinicas do inconciente. Exemplo: o nervoso sabe, pela afirmativa do seu medico, que, atravessando uma praça movimentada, não tem vertigem ou sincope; que da altura de um segundo andar nada lhe acontece; são fatos concientes. Porém, quando atravessa a praça, ou olha para baixo de um tercei-

ro andar, surgem-lhe os medos enfermiços, as fobias, isto é, as forças do inconciente dominan e vencem o eu superior; o inconciente, pois, obriga ao individuo a parar, levar uma pessoa ao seu lado, ou retirar-se da janela para que lhe passe o sofrimento nervoso ou a angustia, por efeito de hipermotividade.

Quando o individuo em palestra ou discurso troca uma expressão por outra, segundo Freud, é a pressão do inconciente que faz vir á tona do pensamento a palavra que ele não queria pronunciar. O mesmo acontece com as distrações. Quando o paciente executa um ato por outro, é que o inconciente venceu o conciente voluntario, e deturpou o ato inicial. Newton, de uma feita, em lugar de colocar o ovo na agua quente, deitou o relogio que estava na mão. Fatos analogos enchem a vida dos grandes homens. Dizem que um sabio, depois de aconselhar a lavagem das frutas antes de comê-las por causa dos microbios e parasitos, bebeu a agua, distraidamente, em que limpara as frutas.

Os sonhos, as fantasias, os pensamentos vadios, as distrações, o desvio do pensamento quando lemos ou executamos alguma coisa, são expressões imperiosas do inconciente.

O hipnotismo, ou a sugestão hipnotica, tem por fim desarticular o conciente do inconciente, desmembrando a personalidade do paciente que se torna, ás vezes verdadeiro automato do hipnotizador. *Mutatis mutandis*, passa-se o mesmo com o *medium* e o faquir que por auto-sugestão, ou hetero-sugestão, separam ou desmembram o conciente e o subconciente. Quando o individuo se acha faquirizado e auto-sugestionado, ou em função de *medium*, dá liberdade ao inconciente para atuar, que se desprende da vontade ou do eu superior. Podemos dizer pitorescamente que o inconciente solta-se e voa por si mesmo. Na histeria este fato é trivial e o ataque histerico, com todo o seu cortejo resume o desmembramento da personalidade isto é, o eu superior e o eu inferior se separam, ficando este ultimo quasi livre. E por isto que surgem alucinações, sonhos, delirios, enfim a atividade automatica do inconciente. Em quasi todas as nueroses, ou melhor psiconeuroses estes fatos se registam. Na neurastenia, na psicastenia, os pacientes reconhecem que raciocinam, compreendem, sabem que as fobias, obsessões, manias men-

tais, os tiques, lhe são ilogicos; os medicos isto afirmam, eles reconhecem tudo, porém, apezar-de as convições, quando chega o momento da fobia, da obsessão, surgem a duvida, a angustia, todos os sintomas molestos que são expressivos no inconciente. O inconciente é força e caudal, e só a cultivação segura, paciente, iterativa pode, muita vez, educã-lo e curar o individuo

O eu superior manifesta-se pela vontade e pelo raciocinio verdadeiro; a cultura da logica e da ciencia é feita por ele; no eu inferior, subconciente e inconciente se passam as formulas da imaginação, fantasia, do sonho, misticismo, da fé, enfim, de todos os elementos auxiliares da personalidade. O conciente e o inconciente podem estar de acordo ou em desacordo; no primeiro caso ha harmonia de pensamento, o equilibrio da alma, a saude do espirito, a inspiração literaria e artistica; quando se tornam desarmonicos em regra aparecem os desvios do carater, os estados patologicos das comoções, ou do espirito em geral, enfim toda a serie de desequilibrio morais e psiquicos que caracterizam muitos tipos humanos.

O homem que consegue sempre dominar pela energia da vontade, com serenidade fria e ativa, os embates da vida, as lutas do sentimento, os desequilibrios dos nervos, que formula no espirito pela logica, os problemas cientificos, possue em alto grau cultivado o eu conciente. São raros, rarissimos. Em regra, no acervo biologico ou biografico dos homens, sobretudo em suas manifestações psicologicas, asistimos sempre ao predominio do inconciente sobre o conciente.

As velhas frases "o coração governa o espirito" o coração possue razões que a razão não compreende (Pascal), "o homem põe e Deus dispõe"; o homem agita-se e a humanidade o conduz (Comte); "na vida não se faz o que se quer e sim o que se pode"; e tantas outras, provam que o inconciente, as circunstancias e para alguns a fatalidade, são os motores mais seguros da existencia querer só e poder quando as circunstancias, o inconciente ajudam o homem á consecução dos seus desejos. Passa-se habitualmente com o conciente e o inconciente a mesma coisa que é narrada pelo episodio da fabula.

Certa ave de rapina alçara um pequeno animal. Um companheiro deste perguntou aonde ia- e aquele respondeu-lhe: não vou, levam-me. Quando volta? arguiu o companheiro. Não sei. Respondeu o animal já afastado e provavalmente prevendo o seu destino.

Assim é o conciente, diante do inconciente que ás vezes se torna verdadeira ave de rapina, destruidora e feroz.

No livro que publiquei *Meditações*, no capitulo referente á força do inconciente[a] demonstrei como o eu bastardo, ás vezes autocrata, conduz o homem para situações e atitudes involuntarias.

Diz Hesnard (*L'inconscient*): O inconciente não é divindade, nem misterio; não explica nem a sintese da vida nem o surto (*élan*) *vital*. Não é uma conciencia degradada ou aberrante, nem o que existe fora da conciencia. É o para o conciente, isto é, argamassa psiquica que tende sempre para o conciente, "a qualidade primitiva de uma multidão de fatos psiquicos reunidos pelos metodos objetivos". Esta frase de Binet é digna de registo: "Ha dentro de mim um escravo misterioso que dirige escravos: vejo os escravos sair de casa e cumprir ordens recebidas; porem o patrão, nunca vi, e não o verei jamais. Ignoro o que ele é, o que quer, o que pensa, e entretanto, sou eu, este senhor imperceptivel".

A formação do carater está na cultura do eu superior, na uniformidade e metodização, e no jugo do inconciente, nas partes que dizem respeito á moral. A inteligencia é um fato do nacimento, o carater é a consequencia da educação da vontade, para o dominio da personalidade, refreiada em seus sentimentos e instintos pelo eu-conciente. A moral do individuo é dada pela educação permanente da vontade. Etica e vontade confundem-se.

As manifestações da inteligencia originam-se da fuzão e harmonia do conciente e do inconciente, que unidos fabricam as grandes obras humanas no dominio cientifico, filosofico e artistico. A razão e a imaginação, a vontade e o sentimento quando unidos multiplican assombrosamente as respectivas ações. O subconciente, porém, pela cultura progressiva da alma humana, possue a sua esfera fortemente dilatada, a ponto de chegar-se ao pitoresco paradoxo de que ele é mais inteligente do que o conciente. Afasto-me propositalmente da metafisica cientificoliteraria de alguns autores e quero

aproveitar aqui as noções meramente praticas e aplicaveis á psicoterapia.

Quando o conciente e o inconciente se harmonizam, quando a vontade e a imaginação se ajustam, estabelece-se o maximo de força moral do individuo e então poderá existir a fraze tão defendida pelos labios humanos — querer é poder —. Não só isto: o equilibrio nervoso surde naturalmente da simbiose da vontade e da imaginação, e a resultante é a harmonia dos dois andares psicologicos do homem, o conciente e o inconciente. Esta harmonia não pode ser absoluta, esquematica e rija. Não. Pequenas discordancias entre os dous sempre se verificam, porém existe mais ou menos a saude da alma, o equilibrio entre o sentimento e o pensamento, entre a vontade e a imaginação.

Habitualmente a saude do espirito se estabelece pela educação do subconciente, ou melhor, da imaginação. A humanidade disto não se apercebe porque não procura educar a criança, o adolecente, e mesmo o adulto nessas noções uteis e pragmaticas. A educação espiritual é habitualmente tão falha desde a escola até o exercicio das profissões que os erros humanos se multiplicam com a civilizaço. O bem e a felicidade que são os mais justos ideais do homem, vivem dele afastados, porque a imaginação é conduzida para caminhos sinuosos e inuteis da existencia. Pensar erradamente acerca das coisas e da vida é o mais funesto dos vicios humanos.

III

Manifestações habituais do inconciente na ordem fisiologica e na ordem patologica

Já vimos no capitulo anterior, de maneira sintetica, como se compreendem o conciente e o inconciente. Analisemos com mais vagar as manifestações do segundo que mais interessam ao leitor deste livro. O inconciente forma em maior quota a personalidade do individuo.

Ha uma serie de fenomenos psicologicos que dependem do inconciente, ora no dominio do pensamento, ora das comoções, ora

dos sentimentos. O sonho, a fantasia, a mentira, as paixões, os lapsos, as distrações, são quasi do dominio fisiologico. No dominio patologico temos os sintomas das psiconeuroses e das psicoses que são expressões do trabalho automatico, exacerbado do eu subalterno, ou inconciente.

Os sintomas mais comuns são: medos patologicos, ou fobias, idéas fixas, duvidas, escrupulos, desconfianças, falta de sentimentos, manias mentais, insonias, angustias, idéas auto-acusatorias ou depressivas, preocupações exageradas acerca dos orgãos, sensação de fadiga, irritabilidade, obsessões e impulsos, acidentes histericos varios, entre eles ataques, contraturas, perturbações visuais, auditivas, delirios, etc.

Neste trabalho não podem ser descritos todos os sintomas das psiconeuroses e psicoses, porque esta obra é sintetica. Daremos contudo os que de preferencia atormentam os pacientes. No meu livro "A Cura dos Nervosos" acham-se mencionados os principais acidentes molestos dessa casta de padecentes. Tais sintomas são percebidos pelo conciente, porem, a vontade apezar de testemunhá-los não os pode demover, porque se passam no dominio do inconciente ou subconciente.

As vezes a fé, a confiança do doente e a segurança afirmativa do clinico podem com certa rapidez curar sintomas que se haviam arraigado na personalidade do enfermo.

O nervoso tem sempre a emotividade exagerada; dir-se-á, que duas qualidades de espirito se exaltam constantemente: a emotividade e a sugestibilidade. Por estas duas faculdades é que ele mais sofre, porque a emotividade e a sugestibilidade incrementam as sensações, e o nervoso julga-se preso dos sintomas que teme e que a imaginação cria e aumenta. Todos os medos enfermiços, ou fobias, têm pois como origem os exageros das comoções, as quais são acrecidas pela auto-sugestão que faz gravar no espirito todas as impressões recebidas. Pela sugestão o paciente se convence que o seu mal não é imaginario. Comoção e sugestão trabalham no inconciente do enfermo e a consequencia é que a vontade, ou o eu superior conciente, não podem remover ou afastar imediatamente as manifestações doentidas- apezar-de o nervoso reconhecer amiudo que

elas são absurdas e ilogicas. A mesma coisa passa-se para o lado das obsessões em geral, idéas fixas, manias mentais, modificações do humor, da sensação de indiferença, de desamor ao mundo, ás pessoas, á vida, á religião, a tudo enfim que cerca o paciente. O inconciente é o imperativo morbido, e os sintomas aflitivos e angustiosos são expressivos da faculdade imaginativa que se exagera nas psiconeuroses, graças á emotividade e á sugestibilidade que formam o lastro das manifestações nervosas funcionais. Já afirmavam Dubois e Zbinden: O nervoso sofre pela imaginação. O raciocinio perfeito vem do conciente, a imaginação, do inconciente. É este que precisa ser melhorado e corrigido no nervoso para exito da cura. A nova escola psicoterapeutica de Nancy chefiada por Coué dá grande importancia ao cultivo do inconciente que é a quantidade estatica do espirito, sendo o conciente a parte dinamica. Quer dizer, sendo a imaginação a qualidade primordial do inconciente é sobre ela que têm de atuar o medico e o paciente para que tudo se remova no dominio das anomalias do carater e das manifestações psiconeuroticas. Este metodo, como veremos depois, é o da auto-sugestão, ou do dominio de si mesmo, feitos com as forças do proprio espirito.

Não quero fazer aqui analise dos principais sintomas do nervosismo. As fobias que se traduzem pelo receio de loucura, de sincope, por pavores de atravessar praças movimentadas, ruas, por temor das alturas, das tempestades, de almas do outro-mundo, de gatunos, de contaminar os outros com venenos ou infeções (d'onde o habito de lavar o paciente as mãos frequentes vezes), foram por mim explanadas no livro "Pequenos Males", no capitulo referente á Neurose do Medo.

As duvidas, os escrupulos religiosos, as manias mentais de repetir qualquer ato ou idéa trez ou mais vezes, as preocupações metafisicas da vida, de tudo que cerca o individuo no universo; a timidez, o desanimo, o pessimismo; a sensação de desconhecimento da propria pessoa, o mal-estar moral, a impressão de incompletação do corpo, das idéas, as crises de angustia, de desejo de suicidio, enfim tudo que atormenta, aflige e maltrata o psiconeurotico resume as formulas da imaginação doente, isto é, produtos do inconciente, ou do eu bastardo.

A vontade, o eu superior, a conciencia reconhecem que tais idéas ou sensações são absurdas. O raciocinio é perfeito, mas falta ao paciente capacidade ou força para reagir e energia para vencer os sintomas atormentadores. E a influencia do espirito sobre o corpo é tão forte que todas as sensações imaginadas pelos doentes manifestam-se em atos e sucessos. Basta citarmos os disturbios da vida genital e as alterações gastro-intestinais, que tanto atormentam os padecentes dos nervos. A falta de energia para a execução dos atos sexuais, manifesta-se nos nervosos exclusivamente por influencia psiquica. É suficiente o individuo pensar no ato para que todo o desejo subitamente desapareça. A respeito publiquei um livro *Neuroses Sexuais* em que esses fenomenos se acham descritos. *Mutatis mutandis*, os desvios do aparelho gastro-intestinal. Dejerine a Gauckler que escreveram uma obra classica acerca da influencia psiquica sobre os orgãos e o seu tratamento, enumeram varias perturbações do aparelho gastro-intestinal nos psico-neuroticos.

As mais comuns são: inapetencia ou repugnancia pelos alimentos, sintomas dispepticos, prisão de ventre e ás vezes diarréas, e outras mais, todas porém influenciadas pelas idéas preconcebidas ou por trabalho surdo da imaginação. A proposito cito estas palavras de Dubois extraidas do seu trabalho "A influencia do espirito sobre o corpo".

"Nada mais frêquente do que vermos doentes que, sob o pretexto de estarem afetados de dilatação gastrica, a doença da moda, sujeitarem-se a regimes penosos e debilitantes. E esta dispepsia de origem mental é bem imaginaria em seu modo de desenvolvimento, e para as quais muitas vezes o medico com o dom de persuasão, pode rapidamente curar e colocar os doentes na alimentação seguida por todos".

O espirito, pois, exerce grande influencia sobre o corpo, sobretudo nos nervosos em que a auto-sugestão os vai conduzindo para caminhos erroneos.

Poderiamos repetir todos os sintomas filhos da imaginação enfermiça do nervoso, para o lado do aparelho circulatorio e do respiratorio.

Palpitações, dores precordiais, sufocações ou dispnéas são sintomas triviais dos psiconeuroticos. Tais sintomas preparados pelo inconciente, levados á percepção pela sugestibilidade, constituem as torturas e os desesperos dos padecentes.

E esses sintomas critalizam-se ás vezes de tal maneira, acham-se tão recalcados e estabilizados na personalidade do individuo, que só lenta e paciente reeducação psiquica pode afastá-los do cerebro.

As provas que o subconciente ou o inconciente atua sobre nós estão na serie de fenomenos automaticos, involuntarios que executamos sem a participação mediata ou imediata da vontade. Quando trauteamos uma canção, quando assobiamos na rua, adiante de pessoas, distraidamente, são provas alegres do nosso inconciente. Os gritos que soltamos e as cantigas que usamos quando entramos no banho frio, os soliloquios, os gestos, os movimentos de fisionomia que executamos quando pensamos, são expressoçes frequentes e triviais da ação imperiosa e constante do inconciente. Uma experiencia comum pode ser citada. Quando estamos com insonia, ou mal despertados, e queremos dormir e não conseguimos, manifestam-se varios pensamentos que nos preocupam e que por maior esforço que façamos, com a vontade não podemos dominá-los. Daí os varios artificios de que lançamos mão contamos, repetimos a mesma idéa ou a mesma palavra, para afastar a ação empolgante da imaginação subconciente. As intoxicações, alcoolica, cloroformica, morfinica, cocainica, põem com facilidade á mostra o sub-conciente, que se desmembra até desaparecer a personalidade.

O trabalho do inconciente manifesta-se com maior intensidade no sonho (e esta explicação devemos de maneira exaustiva a Freud), o qual resume sempre a ação do inconciente nas suas varias epocas, desde a infancia até o dia em que sonhamos. Os sonambulismos, os terrores noturnos, os atos inconsiderados das pessoas mal despertadas são outras tantas manifestações do eu obscuro ou bastardo. A hipnose sugestiva desagrega parcialmente o conciente superior e desintegra momentaneamente as faculdades do espirito do dominio sensorial ou intelectual propriamente dito: assim o hipnotizador faz ou ordena comoções, alucinações, idéas ao hipnotizado. As praticas hipnoticas, de Liebault, Bernheim, Charcot, Joire, Fajardo, Medei-

ros e Albuquerque e Munro dão conta dos inumeros fatos que não precisam ser aqui relatados.

IV

Os trabalhos de Freud, Jastrow, Grasset, Abramowski e Baudouin a respeito do conciente, subconciente e inconciente põem mais ou menos em dia noções velhas e esparças. Freud, ao meur ver, deu á questão nova directriz porque procurou provar, como na origem das psicoses o psiconeuroses atua o inconciente, que é uma especie de repositorio da personalidade, recalcado pela censura ou censor que reprime habitualmente as forças da *Libido*, e dá origem ás manifestações morbidas das enfermidades do espirito.

O subconciente é formado pela memoria passiva latente, em oposição á memoria ativa, á qual recorremos para as nossas necessidades mnesicas, ou lembranças e evocações. O subconciente e o inconciente acham-se velados no espirito por veus mais ou menos espessos; dir-se-á que a percepção do inconciente é para a personalidade superior do individuo negativa; é o pensamento obscurecido ou transmutado e que não é atingido pela percepção conciente. Afirmamos a existencia do inconciente por conclusões indiretas. O subconciente para Freud é menos sombrio, pode chegar á percepção ou ao limiar da conciencia atravez das vagas reminicencias, fantasias, enfim pela imaginação. O subconciente é a oficina subterranea do nosso espirito, como disse Holmes. Aí se forjam os estados variados que se passam em revista, de acordo com o conceito dos classicos na materia, sobretudo Jastrow.

Em resumo, podemos admitir para maior clareza, segundo as vistas de Freud, tres graus de fenomenos espirituais: — o que se passa no dominio do eu superior, conciente; o que se revela no limiar deste eu, veladamente, porém, ainda perceptivel, subconciente; e os fenomenos que não surgem ao eu conciente, ou só podem aparecer por meio do sonho e dos estados morbidos como certos acidentes fobicos e histericos, isto é, mascarados ou deturpados e são do dominio do inconciente. Medeiros e Albuquerque, em sintese admira-

vel, assim se exprimiu: "Para entender-se a psicologia de Freud precisa-se fazer presente a distinção entre conciente (aquilo em que estemos pensando no momento atual), subconciente (aquilo em que não estamos pensando no momento atual, mas que, por um ato da nossa vontade, podemos evocar) e inconciente (aquilo que ha tanto tempo foi banido de nossa conciencia ou que foi tão energicamente reprovado pela censura que não nos é mais possivel, por nonhum ato da vontade, trazer á conciencia)".

A separação dos fenomenos psiquicos em concientes, subconcientes e inconcientse dá-nos a chave doutrinaria de certos fenomenos psicopatologicos e cuja orientação terapeutica se torna mais facil. E por isto que a psicoterapia recorre á cultura dos tres elementos do espirito, concientes e subconcientes e a psicoanalise vai procurar no inconciente os fatos mascarados e esquecidos porém causantes das psiconeuroses para torná-los concientes, isto é, livres de censura.

Daí os processos diferentes da cultura da vontade, da imaginação, da hipnose, para a remoção dos sintomas psiconeuroticos. Nos capitulos seguintes serão os mesmos estudados.

V

A psicoterapia sempre serviu a humanidade para consolo e alivio dos seus males. Quer pelo imperismo quer por preceitos cientificos a alma sempre se aliviou pela cura moral, com as religiões, com as filosofias, com os processos curativos cientificos ou não. Deduzimos disso que a psicoterapia tem por fim ora cultivar o conciente ora o inconciente.

Com a educação da vontade, pela persuasão, cultivamos o conciente. Pela fé, pela sugestão e pela psicanalise cultiva-se o inconciente ou o sub-conciente. A psicanalise revolve o inconciente, trá-lo á tona do conciente. Daremos antes de entrar no estudo peculiar da psicoterapia da dor um apanhado sucinto a respeito da psicoterapia.

A cultura do conciente. A vontade como fator terapeutico e educativo do carater. Persuasão.

A vontade constitue uma das funções mais nobres do espirito. O povo disto já se havia percebido quando lançou ao curso da moral o aforismo "querer é poder". Infelizmente esta bela frase é de dificilima consecução, porque as forças do subconciente ou do inconciente, as circunstancias da vida tornam aquela proloquio quasi simbolico e pouco pragmatico.

Não é de hoje que moralistas e medicos procuram incutir nos semelhantes as forças espirituais, no dominio da ética, filosofia, ciencia, ou religião.

Não é de hoje que os educadores e filosofos têm determinado, pela cultura da vontade, a traça para o bom exito da existencia e para a cura de muitos males morais. O medico inglês Smile foi um dos precursores da cultivação da energia moral para a vitoria decisiva da vida.

Muitos outros autores conduziram o mesmo tema ás suas conclusões, isto é, a vontade é a propria moral, o proprio triunfo da vida, e sobre ela se baseiam varios principios filosoficos, e Nietzsche, que pode ser considerado neoestoico, sempre aconselhou nas suas obras a agricultura da energia moral diante de todos os sucedimentos da vida. Schopenhauer, fazendo da vontade a grande energia universal, simbolizou na força psiquica conciente e criadora toda a origem da vida subjetiva humana. A vontade, e da mesma maneira o inconciente de Hartmann, em bases metafisicas, sintetizam as energias universais, bem diferenciadas na alma humana. Educadores como Payot, filosofos como Lapie e Duprat, psicoterapeutas como Dubois e Levy, sobretudo este ultimo, pregaram que o manejo da vontade foi sempre arma poderosa para a desenvoltura das energias mentais e morais. Quando Buffon e Ruy Barbosa definiram o genio como longa paciencia, indicaram nesta paciencia o esforço para o exito, a persistencia da vontade para a obra empreendida.

A faculdade de querer é a caracteristica da superioridade humana. Torna-se o grande instrumento dos construtores morais e sociais do mundo.

Para Payot toda falta de bom exito na vida é causada pela fraqueza da vontade, isto é, o horror pelo esforço, sobretudo duravel.

A sua conclusão é "que podemos educar a nossa vontade, reformar o nosso carater, e com o tempo e o conhecimento das leis da nossa natureza estamos certos de chegar ao dominio de nós mesmos em alto grau".

Para o exito feliz de qualquer entrepreza é necessario o ideal, isto é, a mira persistente, e ele consolida a ação definitiva da vontade. Saber querer, com persistencia, carinho, sem desanimo e com suficiente confiança, constitue o caminho da vida, a decifração do segredo das conquistas definitivas da existencia. O espirito possue energias e cadeias inesgotaveis, como o seio da terra contém todos os minerios conhecidos. Explorá-los é dificil, mas uma vez logrados surgem a fortuna e a riqueza. A mesma coisa opera-se na alma. Quem se julga pobre, fraco de energias volitivas, ignora que possue imenso tesoiro dentro de si mesmo: cumpre saber explorá-los e ter coragem para a empreza que ás vezes é aspera, porém nunca impossivel. Os psicoterapeutas classicos lançam sempre mão das formulas da vontade para o combate dos males que atormentam a psique. Não se faze rótas longas em tempos diminutos por mais que se usem veículos rapidissimos. O fator tempo é sempre indispensavel aos triunfos da vida e á saúde dos males nervosos funcionais. Ha curas rapidas como as ha longas; tudo depende dos casos e dos metodos usados. Em qualquer emergencia morbida do espirito a confiança e o animo se tornam indispensaveis. Todas as operações curativas mentais precisam de repetições, estados meditativos e momentos de concentrações espirituais. O paciente deve confiar mais em si do que no medico, porque todas as forças da espiritualidade estão nele proprio. A metodização das energias da vontade resume o caminho seguro para o bom exito terapeutico. Confiar é meia vitoria, persistir na confiança com o calor e sentimento é assistir, mais cedo ou mais tarde, ao dominio dos males morais e dos sintomas nervosos funcionais, ou psiquicos. O triunfo ou o bom exito estão guardados pelo tempo; é indispensavel a colaboração deste para a finalidade consoladora e feliz.

A reeducação da vontade é o metodo por excelencia da persuasão ativa. Ribot em livro classico acerca das doenças da vontade, descreve com acerto de mestre os que sofrem da abulia, isto é fracos ou ausentes do querer. Contra estes a reeducação das energias voluntarias deve ser feita com base segura.

Em qualquer ato voluntario temos a idéa, a comoção que acompanha á mesma, e o ato a executar. Em qualquer das partes pode manifestar-se a inercia ou fraqueza de vontade.

O homem consegue reeducar as outras faculdades da vontade, a atenção, a memoria e os sentimentos éticos. Em todos cumpre ter em vista a metodização das faculdades superiores do espirito, sobretudo a reeducação da atenção e dos sentimentos.

A reeducação moral é indispensavel aos que sofrem por causa de paixões acabrunhadoras e siniestras de coração, aos que se acham vencidos nas questões profissionais, nos principios da ética, no prazer da vida, enfim, os cepticos, pessimistas e combalidos morais. E necessario a tais pacientes, elevá-los, persuadi-los contra os desanimos que os atormentam, mostrar as excelencias e os deveres da vida, por mais dolorosa que pareça. Em "Os Pequenos Males", no capitulo referente ao *Cultivo artificial da dor*, procurei provar como muitas pessoas sofrem demais porque adubam exageradamente as suas dores morais, e nas quais a logica dos sentimentos é sempre pejorativa e malista.

A psicoterapia visa sempre a melhoria emotiva, intelectual e moral do individuo. Cada um pode vencer lentamente pelo esforço proprio, ou auxiliado por pessoa de confiança ou de ascendencia moral, as agruras da existencia tendo em primeiro lugar a vontade firme.

A vontade é instrumento precioso, mas nem sempre obediente. As vezes o subconciente ou o inconciente a sobrepuja com tirania. Os autores que mais têm cuidado da psicoterapia julgavam que na maioria dos casos bastaria a logica da vontade para vencer todos os sintomas nervosos. A pratica demonstrou que nem sempre isto é possivel, e, ás vezes, dá-se o contrario. Em certas obsessões ou fobias teimosas e gravadas no inconciente, os esforços da vontade são, para muitos, baldados e agravadores.

A escola de Dubois, as doutrinas de Bernheim e Levy, as opiniões de Deschamps punham sempre em plano superior a educação da vontade como base das curas persuasivas e psicoterapicas.

Levy, que representou o ponto de transição entre a antigua escola de Nancy e a moderna, chefiada por Coué, em que se deve cultivar mais o subconciente do que o conciente para a cura das psiconeuroses, Levy conseguiu estabelecer os preceitos praticos para a educação racional da vontade e sobre ele colocar os principios terapeuticos essenciais.

"Dizem que querer é poder. Iisto só é verdade sob duas condições: a primeira e de querer o possivel, a segunda de saber querer". (Bernheim). Esta afirmativa sintetiza que a metodização das energias voluntarias encerra muita vez o segredo da cura das neuroses e das franquezas da vontade.

A vontade é força poderosa mas o seu manejo não é facil, repito. As vezes para os atos e comoções da vida ladeiam-se as dificuldades e por processos iterativos podem-se conseguir anélos e triunfos. Porém, nos estados morbidos da alma, das doenças, do espirito, nas psiconeuroses nem sempre a vontade conciente pode demover os sintomas embaraçantes da saude. Quanta vez, diante de simples fobias, homens de tremenda energia intelectual ou moral, politicos, guias sociais da humanidade não conseguem extingui-las ou expulsá-las. Por qué? É que não basta só a vontade para a vitoria definitiva dos sintomas nervosos.

Vamos com exemplos. Os mêdos patologicos ou fobias são manifestos anomalos das comoções. (A) receia atravessar qualquer rua ou praça movimentadas; (B) teme ficar encerrado num cinema ou numa casa de espetaculo; (C) não se arrisca a subir ao Pão de Açucar, ou Corcovado (D) arreceia-se viajar en caminho de ferro; (E) apresenta o pavor angustioso das tempestades e assim por diante. São fobias, ou medos patologicos. Quando tais individuos querem reagir, vencer os receios ou fobias, não podem. Sobrevêm estados angustiosos que fazem sofrer os mesmos pacientes que se acovardam diante dos pavores enfermiços. A vontade conciente pode dominar tais fobias. A repetição lenta, iterativa, voluntaria do ato que produz angustia termina habitualmente na melhora ou na cura do sin-

toma. Toda ação fóra dos habitos molesta e maltrata. A primeira viagem a cavalo amolece o corpo; o primeiro exercicio de remo e a marcha forçada endoloram os musculos; o primeiro cigarro produz nauseas, tonturas; o primeiro calice de vinho embriaga. O uso constante, metodico e logico de tais exercicios termina no habito que contrae com o organismo direito de cidade. A primeira investida contra a fobia dominante traz a angustia, o aumento de sofreros. A repetição do ato contrario, *à la longue*, termina na melhora ou cura difinitiva. Tenho guarecido com semelhante processo, muitos enfermos, que a principio se revoltam contra a formula mas terminam com ele concordando. É o metodo de *guta cavat lapidem*, da paciencia educada, do exercicio da vontade, e que resume toda a serie de proloquios significativos, como "de vagar se vai ao longe; de grão em grão a galinha enche o papo; agua mole em pedra dura tanto dá até que fura" e assim por diante. É o processo voluntario na mesma directriz, para combater as anomalias ou fraquezas do carater ou os sintomas nervosos como fobias, dores, obsessões, cacoetes e manias mentais. O Dr. Gebhardt em livro muito popularizado, "Como adquirir a energia"; o Dr. Deschamps, em obra acerca da cura da neurastenia, estabelecem preceitos curativos e reeducadores do espirito e da vontade, baseados sempre neste principio.

Fui partidario, e ainda sou um pouco, do sistema. Em inicio da minha carreira de neurologista era o unico que usava. Tive inegavelemente bons exitos. Cedo, porem reconheci que na energia da vontade não se podiam pautar todas as curas. Os doentes acovardavam-se e desanimavam-se perante as ordens que eu dava, ou diante as regras de reações contra os sintomas aflitivos. Muitos e muitos repetiam: "Não posso reagir, doutor, não me sinto com bastante coragem para vencer tais afliçöes. O metodo da força, tornava-se muita vez paradoxalmente fraco para a cura dos nervosos.

Ha sintomas que são dominados pela vontade, não do primeiro golpe, porem, pela repetição do ato ou do pensamento que cria o sintoma.

Bernheim e Stechnoff, Levy e outros procuram demonstrar que toda idéa é um ato positivo ou negativo em inicio. Quer dizer, pela idéa de querermos qualquer coisa, nos preparamos para conse-

gui-la. As preces feitas com sincera confiança e fé predispõem o individuo ao bom exito dos seus anélos. No livro de Segond, *La Priére* a doutrina está perfeitamente documentada.

O desejo ardente e a confiança no pedido ás divindades trazem as idéas do suscesso feliz, os quais se transformam muita vez em ato difinitivo. A vitoria nas batalhas depende do animo, confiança e coragem de que são tomados os combatentes e os comandantes. Jeanne D'Arc foi viva expressão dessa força interior, religiosa, no caso.

Ha muitos principios de psicologia que demonstram a influencia das idéas sobre a propria alma e sobre o corpo. A vontade que é o instrumento aperfeiçoado da idéa, sobretudo quando auxiliado da atenção, pode vencer varios estados de sofrimento subjetivos dos nervosos.

Podemos resumir as principais leis de que Levy lança mão para documentar a tese da reeducação racional da vontade para fins terapeuticos.

A idéa torna-se sensação.—Basta o individuo pensar que está junto de um doente de sarnas para sentir prurido ou comichões.

A idéa neutraliza as sensações.— A dor pode ser evitada pela vontade.

O almirante Elisiario Barbosa cortou o braço fumando un charuto, sem anestesia alguma. Hacke Tuke deixou de sentir dor ao arrancar um dente evocando idéas alegres.

Pela idéa podemos ver ou ouvir o que realmente não está presente.—Vemos na imaginação as paisagens e as pessoas caras. O barulho ritmico de um trem pode simular uma aria que temos no pensamento.

A idéa pode dar fenomenos viceraís.—Basta o individuo pensar que está envenenado para trazer vomitos. A lembrança de fetidos, ou objetos nauseosos traz nauseas. O pensamento de viagem maritima para quem enjoa, pode produzir estado de marêo. A vista e a lembrança de uma fruta acida ou a de um bom quitute trazem agua á boca. A vista ou a evocação de animais repugnantes ao individuo perturbam o apetite ou a digestão. As funções sexuais podem ser totalmente inibidas por idéas e preconceitos.

A idéa transforma-se em movimento.—Basta que um individuo, que guie um automovel ou esteja em bicicleta, queira evitar por medo um buraco para muita vez nele se lançar. Muitos individuos falam sosinhos e gesticulan quando pensam.

Enfim a idéa da cura já é meia cura, acrecida pela fé, confiança, enfim pelo desejo sincero de guarecer, segundo o proloquio popular.

A vontade constitue ás vezes instrumento precioso para a cura: basta que o individuo não desanime, oponha-se sempre ás idéas enfermiças, aos medos, á exagerada emotividade, para que possa vencer os sintomas atormentadòres das neuroses.

No habito ás intoxicações, aos venenos elegantes, como lhe chaman Pernambuco e Adauto Botelho, a energia da vontade serve muito para o valor da cura. Sem desejo sincero nada se pode fazer de definitivo. Os Drs. Levy, Deschamps, Gebhardt, Bonnet e outros estabeleceram metodos e preceitos para a reducação da vontade, para a cura dos sintomas nervosos. O individuo doente e que se julgue capaz de un combate real aos seus sintomas, desde que o estado geral não se ache combalido e a exaustão nervosa não esteja exagerada, poderá por meio da vontade sugestionadora vencer muitos dos sintomas que lhe pareciam alarmantes.

Os principios de ginastica da vontade são os mesmos que qualquer exercicio corporal ou espiritual. Assim como por meio da mnemotecnia se acresce a faculdade da memoria; assim, oradores por meio de exercicios vencem a gaguice, timidez e os defeitos de dição, como fez Demostenes; da mesma maneira com a repetição dos atos que produzem as fobias ou obsessões, regida por vontade sincera e animada, confiança em si, pode o proprio individuo muito ganhar em animo e curar os males nervosos.

Com a ginastica da vontade consegue o homem normal ou nervoso estabelecer certa metodização em determinados habitos, desportos ou exercicios. A força de vontade não é energia que produza subitos milagres ou instantaneas curas. Não. E preciso a continuidade no querer sem desanimos e interrupções, como programa severo e constante. Saber querer é dificil. A vontade guiada pela razão e pelos afetos e bos sentimentos pode conduzir ao homem ás

vitorias de qualquer casta, maximé no dominio dos nervos. Segundo Raul Lapie—"querer é julgar-se o que se deve e o que se não deve fazer". A vontade não pode ser instrumento cego, caprichoso e desarrazoado; ao contrario: querer com bondade e persistencia para conseguir o que se almeja, em qualquer dominio da vida.

A vontade educa-se com vagar, insistencia e confiança, isto é, sem pressa, nem desanimos. Os pequenos desastres não devem ser acobertados pela descoragem.

A energia de vontade depende de treino, como os desportos. Querer todos os dias, sempre, para conseguir a cura abnegada. Para o exercicio das volições é preciso julgar o ato ou a idéa-dever, isto é, repetir o que é penoso para a vitoria definitiva. Evidentemente a educação da vontade constitue bom processo para a cura dos sintomas nervosos aflitivos, como os medos, escrupulos ou idéas absurdas. Basta muita vez que o individuo clareie a sua situação com o bom raciocinio e procure repetir suave e constantemente o ato que lhe causa pavor ou escrupulo.

O processo é incomodo, lento, porém, inegavelmente proveitoso. Na cura dos nervosos nada pode ser feito ás pressas e violentamente. Somente a persuasão confiante pode, com segureza, afastar as idéas ou comoções aflitivas. A base está pois na procura do raciocinio util, claro, sincero do medico ou do proprio paciente para destruir os sintomas incomodos ou anciosos. Firmados no poder da vontade, no exercicio da energia, auxiliados naturalmente pela sugestão persuasiva, muitos pacientes têm vencido por si mesmos varias crises neurastenicas.

Basta citar Dejerine, Zbinden e Deschamps, trez nomes suficientemente conhecidos na Neurologia e que debelaram crises neurastenicas e psicastenicas por esforzos proprios, pela ginastica persuasiva da vontade. O metodo do bom raciocinio, da boa logica curativa, é habitualmente util aos padecentes.

A vontade que o medico exige não é a energia soberana, o esforço maximo, a reação instantanea; antes, desejo firme e paciente de curar-se, de vencer os estados molestos do espirito; dominar progressivamente as comoções faceis e enfermiças; possuir a crença ou a certeza da cura que lhe foi assegurada pelo clinico de sua con-

fiança. Todos os autores classicos indicam o grande valor da vontade na reeducação do carater, na metodização da vida, e como consequencia na vitoria sobre os sintomas nervosos funcionais. Digo sempre aos meus enfermos: A cura dos nervosos é uma viagem longa, mas que o doente atinge ao fim que é a cura definitiva. Nessa excursão incomoda atravessa o enfermo montanhas que são as grandes melhoras e vales que são as pioras ou recaídas, mas o dia da vitoria sobre os nervos não tardará, ou chegará definitivamente.

Não poderei exigir do neurastenico ou do histerico, enfim do nervoso, grande poder ou esforço de vontade; seria mesmo quasi ilogico ou ingenuo. Não posso ordenar ao individuo atormentado de fobias, escrupulos, duvidas, angustias, insonias: "reaja, reaja" ou dizer: "Sofre porque quer". Com ser deshumano não é pratico. Aumenta isto o estado angustioso e a descoragem do enfermo. A vontade deve atuar pela auto-sugestão, processo mais lento porém mais seguro, como veremos depois e como aconselhava Paulo Emilio Levy, no livro: "A educação da vontade".

VI

Persuasão. —Dubois e seu dicipulo Zbinden; Dejerine, Babinski, Pagnez e Camus e outros trouxeram para a terapeutica psiquica a maneira de vencer os sintomas psico-neuroticos por meio da persuasão. Longas discussões estabeleceram-se para os autores definirem e compreenderem o novo metodo terapeutico. A essencia do processo está em esclarecer a situação falsa em que se acham os doentes, raciocinar com eles para que venha a convição da verdadeira razão de ser do estado morbido, que uma vez compreendida, desaparece, e ás vezes rapidamente.

A sugestão, sobretudo a hetero-sugestão hipnotica, procura fazer do individuo um obediente. A persuasão, ao contrario, provoca as qualidades superiores do espirito, o raciocinio, a vontade, a atenção, e guia o doente para o dominio dos seus males, com o conhecimento da causa, com clarividencia e reflexão, pois ele aprénde do o que não sabe, e a persuasão mostra com evidencia o que o doente

não quer ver. Uma histeria apresenta paralisia do braço, ou da perna. A sugestão obriga o individuo a mover a braço ou a perna, a persuasão demonstra que o paciente não tem razão para estar paralitico, porque não ha lesão de especia alguma nos membros afetados, pois, a paralisia é meramente psiquica, ideativa ou funcional.

O sugestionado é dirigido, com a diciplina cega; o persuadido é aconselhado, consultado, atua ou cura-se por decernimento proprio". (A. Thomas).

O metodo é o da compreensão; é a exposição da verdade singela e clara para que o paciente perceba a sem-razão dos seus sofreres.

A persuasão procura insinuar, por meio de explanação, as idéas justas do espirito do enfermo, sob a analise critica do proprio doente. É o metodo de convicção pelo raciocinio exato e sugestivo. Pode ser exercicio pelo medico ou por leituras apropriadas.

Na palavra esclarecedora e persuasiva do medico entra naturalmente a sugestão que é uma especie de argamasa para a construção do edificio definitivo da cura. Não ha cura de sintomas psiconeurotivos em que não entre a sugestão como fator auxiliar ou primordial.

O processo da persuasão e mais lento do que o da sugestão, que ás vezes pode atuar instantaneamente, como o desenrolar de uma mola com toda a corda. Habitualmente as duas se combinam, porque a persuasão prepara o terreno para a sugestão atuar. Babinski chega a afirmar que a histeria, ou o pitiatismo se cura especificamente pela persuasão. A afirmativa do sabio neurologista francêz é talvez exagerada, porque não se compreende a cura dos sintomas histericos sem grande quota de sugestão. Na histeria tanto atua a sugestão imperativa como a persuasiva. Tudo depende do caso, do grau de sugestibilidade do paciente. A sugestão persuasiva, ou a persuasão curam quasi sempre, senão sempre, a histeria; melhora a neurastenia e ás vezes pouco faz na neurose obsesiva. Para Dejerine a persuasão é independente da sugestão, porque atua por meio do raciocinio, do sentimento e da vontade. Para Bernheim é apenas variedade da sugestão. Evidentemente quem persuade procura insinuar, quem insinua, sugestiona; apenas esta sugestão é preparada pela claridade da situação morbida em que se acha o paciente.

Dubois faz questão de admitir a persuasão como a psicoterapia racional. "Persuadir" é submeter o seu doente á idéa que se tem de si mesmo, comunicar-lhe a convicção de que se está imbebido. É para o professor suiço a terapeutica psicologica por excelencia porque não escraviza e eleva sempre o moral do individuo.

A influencia da persuasão não é simples. Atua pelo raciocinio, e pelo sentimento, de onde se origina a confiança. A logica persuasiva não é fechada em principios rijos de dialetica, não. Vive nela tambem o sentimento que a auxilia muito, ás vezes a reforça consideravelmente. Ha uma especie de idéas-forças de Fuillée, no metodo persuasivo. Insinuar com bondade e paciencia ao enfermo para que ele aprenda a curar-se com bastante confiança. Confiar, em psicoterapia, é vencer, é o dominio de si mesmo que constitue o principal escopo do metodo persuasivo. Dejerine crê que o sentimento, ou melhor a logica do sentimento, formam a atmosfera de confiança em que atua o raciocinio, aplicação do velho adagio "é a fé que salva ou cura". Em uma conferencia feita na Faculdade de Medicina, falei da "Terapeutica do sentimento", da sua força indomavel na cura das psiconeuroses, sobretudo na histeria e na neurastenia. Ás vezes a persuasão se opera pela fé religiosa que prepara o lastro do raciocinio curativo.

Os Pensamentos consoladores de S. Francisco de Sales e a obra meritoria de Eymieu, acerca do Governo de si mesmo, demonstram como o sentimiento em geral e o sentimento religioso em especial produzem as curas animadoras e calmas do espirito. Não é outro o metodo do Barão Feuchtersleben na—"Higiene da alma", para o combate persuasivo aos sofrimentos morais e nervosos. Muitos lançam mão dos preceitos filosoficos para a cura dos seus males espirituais: os estoicos, os epicuristas e os optimistas ensinaram e ensinam preceitos persuasivos e curativos das molestias morais, e os meios e regras para vencermos os grandes inimigos psiquicos como a duvida, os escrupulos, o desanimo, os mêdos, as angustias, enfim as aperturas da vida.

Janet acredita, como Bernheim, que na persuasão o que atua é o elemento sugestivo. A minha pratica de trinta e cinco anos de exercicio de psicoterapia, sobretudo nos ultimos vinte anos, pode

atestar que a persuasão é um excelente meio de cura, contanto que a auxiliem o sentimento e a sugestão branda, suave, digamos persuasiva. Na persuasão existem logica, sentimento, e sugestão, que são os elementos proficuos para a cura das psiconeuroses, baseados no raciocinio e seguidos de diciplina firme e benevolente.

A pratica da persuasão póde ser feita de diversas maneiras: pela conversação, pela persuasão ativa, com os metodos da reeducação, com os livros escritos especialmente para este fim (meio que muito adoto), pela escritura ou correspondencia. "Por todos os caminhos se chega a Roma", quer dizer que todos os metodos de logica, sentimento, sugestão, palestra, leitura e correspondencia, são uteis para a remoção dos sintomas nervosos, que envenenam a alma, trazem ás vezes o desanimo e o desespero, e mal sabe o enfermo que o remedio está dentro dele, porque a força curativa está no interior do homem como os ricos minerios descançam ocultos no bojo da terra. Cumpre explorá-los para o bom exito como é necessario cultivar as forças psiquicas para a cura dos males funcionais de origem nervosa.

A vontade e suas tendencias, as doutrinas filosoficas como o estoicismo, as praticas eticas religiosas do budismo ou do cristianismo resumem os metodos persuasivos da cura das psiconeuroses. São as tecnicas morais que elevam o espirito e fazem menosprecar os sofrimentos corporais pela tensão, pela renuncia, pela força de espiritualidade como vemos nos preceitos indicados nas filosofias e religiões citadas.

Baudouin e Letschnisky em recente livro acerca de "Diciplina interior" cuidam dos varios metodos empiricos e terapeuticos da cura das neurosas e sofrimentos morais.

O metodo da persuasão racional de Dubois resume-se mais ou menos no seguinte e acha-se indicado em suas obras—"As psiconeuroses e seu tratamento moral e Educação de si-mesmo". Dubois colocava o paciente em sua casa de saude, em repoiso, insulado da familia, submetido durante alguns dias ao regime lateo exclusivo, como desintoxicante, depois ao regime comum com superalimentação para os doentes emaciados, com continuidade de repoiso no leito. O principal do tratamento estava nas palestras intimas, nas confissões

feitas pelo doente e conduzidas pelo sabio professor em procura da razão e da verdade. A persuasão usada pelo mestre de Berna consistia em mostrar a verdade ao paciente, em expor o erro da imaginação acerca da função e do equilibrio dos orgãos. Sensações nos orgãos não representam lesões ou enfermidades inamoviveis. Ao lado de tais demonstrações era preciso filosofar com estoicismo, e serenidade acerca dos sucessos maus da vida, porque um pouco de bom senso e de filosofia basta para restabelecer o equilibrio moral do individuo.

E então no livro "Educação de si-mesmo", Dubois aconselha os preceitos da moral elevada, para a conquista da felicidade, por meio da reeducação do pensamento e das noções filosoficas da sua escola que é o determinismo, cuja finalidade está na cultura da verdade, da justiça, da bondade e do belo que são os apices sagrados da moral humana que ensina o caminho da felicidade. E com tal idealismo o homem, aperfeiçoando o espirito e corrigindo a sua imaginação, poderá conquistar o equilibrio nervoso que é em sintese a saude espiritual.

A escola de Dubois sofreu serias criticas por parte de alguns neurologistas que creem a persuasão incapaz de remover na maior parte dos enfermos os principais sintomas, e que nos preceitos de Dubois sempre a sugestão ocupa uma grande quota no metodo. A tendencia moderna pois é crer que na cura das psiconeuroses é a sugestão que representa papel preponderante, senão exclusivo, apezar de serem usados outros metodos.

A cultura do inconciente ou subconciente. A terapeutica da imaginação. Fé. "Christian Science". Sugestão. Auto-sugestão.

Já vimos anteriormente que o conciente manifesta-se para o fim terapeutico pela vontade e logica, e o subconciente pela imaginação e sugestão.

A tendencia moderna dos autores que cuidam da psicoterapia é para cultivar o subconciente ou limpar o inconciente dos complexos que são expressivos das neuroses. Baseados nesta orientação, os es-

pecialistas, por meio da sugestão, transferem as idéas e sentimentos molestos para as idéas sans.

A sugestão é uma das faculdades do espirito de maior influencia no aperfeiçoamento humano e na origem dos seus males psiquicos. Dir-se-ia instrumento bigumio cujo manejo se torna ás vezes facil e util, ás vezes perigoso.

Pela sugestão o homem imita, entusiasma-se, aperfeiçoa a fé, torna-se prosélito e póde chegar ao extremo de heroico sacrificio; pela sugestão imaginativa pode criar, incrementar sintomas nervosos, ás vezes crueis. A obrigação do medico, e do homem em si, é aproveitar essa faculdade dinamogenica, que é capar de fazer revoluções, criar seitas, preparar a humanidade para o bem e curar os enfermos.

Já vimos como atua a sugestão, no subconciente ou inconciente, que reprime e melhora a imaginação, reeducando-a a punto de formar o carater, ensinar a força de reação e como consequencia a cura dos sintomas nervosos.

Não é facil definir a sugestão; conhecemos porém os seus feitos. Produz-se pelo predominio de uma idéa vinda de fóra, ou preparada pelo proprio individuo, e que tem ação produtora ou inibitoria sobre o pensamento. A sugestão é para Bernheim "o ato pelo qual uma idéa é introduzida no cerebro e aceita por ele". Para Dupré, "no sentido medico da palavra, sugestão significa a operação pela qual um sujeito inibe momentaneamente com auxilio de certas praticas os centros psiquicos superiores de um individuo passivo e substitue-lhe a atividade voluntaria propria a este individuo, cujos centros automaticos atuam logo sob a direção inconciente deste impulso extranho".

Para Grasset na sugestão o eu do individuo não intervem absolutamente, e deixa-se vencer pelo eu superior do hipnotizador. Todas as definições dos autores são insuficientes.

A sugestão é a crença sem analise, a submissão do conciente ao inconciente, a força, desmembradora do eu superior e do inconciente por ação de uma idéa extranha ao individuo ou originada dele.

Desde que o homem possuiu a fé, estabeleceu logo pelo empirismo a cura por meio da sugestão. Certas curas antigas lendarias,

milagrosas, pelos comendadores dos crentes, faquires, sacerdotes, pelas invocações mitologicas, pelo poder dos taumaturgos, e o prestigio miraculoso dos grandes medicos demonstram sempre a força curativa moral ou espitriaul. Para a humanidade a fé constitue meio cura, e quando a medicina antiga estava nos primordios de sua evolução a terapeutica era quasi exclusivamente feita pela *vis medicatrix naturae* e pela fé, isto é, auto ou hetero-sugestão, ou melhor pela confiança sugestiva do individuo e pela ação sugestionadora ou curativa dos medicos. Baumgarten, em um livro acerca da Neurastenia, revendo os alfarrabios medicos, e os medicamentos uzados para o tratamento do nervosismo ou das neuroses pelas velhas praxes, testificou o abandono absoluto atual de todos os medicamentos e processos aconselhados como terapeutica das psico-neuroses. Quer dizer, que os doentes se curavam pela força sugestiva dos medicos e pela auto-sugestão, e que os remedios eram inocuos, incapazes de demover por si sós os sintomas nervosos. As obra de Charcot, Liebault, Paignez e Camus, Bernheim, Joire, Janet, André Thomas, Levy, Munro, Fajardo e Medeiros e Albuquerque estão cheias de fatos demonstradores da força admiravel da sugestão para a terapeutica das psiconeuroses e mesmo de certos estados organicos influenciados pela mentalidade individual.

A epoca do magnetismo animal já passou. Braid, Faria, Mesmer tiveram os seus momentos aureos de conquistas psico-magneticas.

A crença em um fluido animal capaz de transmitir-se aos seres inanimados e animados, de produzir efeitos curativos surpreendentes, só se conta hoje em ciencia para assinalarem-se fatos historicos. Os espiritas ou espiritistas ainda julgam que a ação miraculosa fluidica dos espiritos pode transformar estados de alma e afições organicas.

Contra a onda dos crentes e dos dogmatistas nada se pode arguir. Ferir a fé arraigada é malhar em ferro frio e preparar campanha ingloria. A seita americana da *Christian Science* ou Sciencia Cristã apezar de estabelecida por elementos absurdos de fé e de empirismo incongruente ganha progressivamente na mentalidade predisposta estadunidense largo terreno.

A proposito podemos referir por méra curiosidade a origem de tão extranha seita medico-estoico-religiosa. O seu pedestal foi e é o misto de religião e fé sugestiva erigido para consolo das agruras da vida, conforto de alma e cura das enfermidades de qualquer natureza. Foi a Senhora Eddy a fundadora da seita. Uma vez achou-se doente de enfermidade nervosa rebelde, a histeria. Era tomada de violentos ataques convulsivos, sucedidos de longos periodos letargicos e de fugas de sonambulismo alucinatorio e delirante.

Aos 35 anos de sua idade (em 1856) escorregou no gelo, em dia de inverno, e caiu desacordada. Ficou paralitica, a principio com a contratura em uma perna, depois paralitica das duas pernas. Procurou todos os tratamentos, porém baldados, e assim permaneceu jungida ao leito alguns anos. Quando a Senhora Eddy completou 40 anos, um incidente da sua vida veio modificar-lhe toda a orientação espiritual.

Foi tratar-se com P. Quimby, curador magnetista, que fez sarar-lhe a paralisia com processos meramente morais. Tal cura serviu de base á revelação criadora de *Christian Science*, e Eddy, que já se enfronhára dos processos de Quimby da *Mind Cure* (cura espiritual), tomou-se de grande entúsiasmo e quiz permanecer como secretaria e dicipula de Quimby.

Procurou a adepta mergulhar nos manuscritos incompletos, feitos pelo mestre acerca da medicina espiritual e religião.

O curador morreu subitamente; ela guardou religiosamente os seus manuscritos e começou a estudá-los, recopiá-los, consultá-los e julgou-se então no mundo predestinada a cumprir grande e sacra missão. Não poude logo curar, ou praticar; então, iniciou o ensino das doctrinas de Quimby a outros para que operassem as curas. Muitas miserias materiais e morais sofreu a fundadora da nova medicina espiritual, devidas sobretudo ao carater ciumento e orgulhose que possuia. Organizou uma especie de escola terapeutica em Lynn, depois em Boston. Fez-se valer nos pagamentos dos seus dicipulos aos quais dava poder sobrenatural de cura. Este inicio de Boston foi o caminho seguro para a felicidade da nova seita, porque obras, revistas, praticas medicas, tudo feito por ela, mas sobre-

tudo pelos dicipulos, trouxeram a abertura do caminho da fortuna da *Christian Science*.

As instalações da diretora espiritual tornaram-se logo luxuosas, graças aos proventos pingues da seita curativa; e como diz Janet, apezar de os acidentes graves, escandalos, as lutas, disputas entre dicipulos e secretarios que fundaram outra escola do "*New-thougt*" (novo pensamento ou nova idéa), a criadora da *Christian Science* se tornou definitivamente vitoriosa, á custa da formidavel energia, preceitos draconianos, fé rija e orgulho inquebrantavel. Entre nós, o Dr. Mello Leitão, em artigo de "O Imparcial", estudou sinteticamente a historia, o exito e a pratica de tão original metodo religioso terapeutico. O primeiro livro publicado em 1875 *Science and Health* (Ciencia e Saude), já conta mais de 200 edições.

As suas expressões são misticas e encorajantes: a "ciencia cristã" é a verdade absoluta, a alma da divina filosofia. "Nao ha outra filosofia senão quando Deus fala e eu o escuto". Deus está em tudo, é o Bem, Bem é o Espirito; "O Deus Espirito é tudo, a materia nada vale".

A essencia da doutrina está na confiança em si e no despreso do mal, fisico ou psiquico.

A doença é quantidade negativa diante da firmeza da alma, da força divina, da confiança inquebrantavel em si mesmo.

Ha na *Christian Science* a caracteristica, se bem disfarçada, do magnetismo animal pregado por Ch. Poyen, magnetizador francês, e mestre de Quimby.

Notam-se difusos, em muitas metaforas, os principios de fé ardente misturados aos preceitos de magnetismo animal, reconhecidos pelas doutrinas do inconciente, das relações espirituais do medico com o enfermo, da energia da vontade, transmissão do pensamento, diagnostico a distancia e ausencia de qualquer tratamento medicamentoso. A energia espiritual, a fé, o estoicismo religioso conduzem o doente ao menospreço da materia corporal, á negação das enfermidades e á concentração firme no poder psiquico e divino.

Existem nesta doutrina traços de familiaridade entre o espiritismo curativo, tão espalhado no Brasil, os preceitos medicos e terapeuticos de origem teosofica, que começam a implantar-se entre

nós, enfim, reconhecem-se na Ciencia Cristã todos os processos que se baseam em forças misteriosas e na concentração sugestiva da fé, muita vez, como energia terapeutica, tão bem estudada por Charcot em artigo classico, publicado nos Arquivos de Neurologia (1892): "A fé curativa" (*"La foi qui guérit"*). A idade media foi fertil nos metodos misticos para tratamento das enfermidades nervosas e mentais, e muitas praticas de exorcismo nada mais eram do que as formulas grosseiras da psicoterapia religiosa.

VII

Psicoterapia de origem religiosa e filosofica

Desde a Biblia que nós encontramos preceitos para cura dos males morais e das molestias do animo. O Eclesiastes é fecundo em tais ensinamentos.

O papel do confessor é altamente edificante e bastas vezes curativo para fobias, escrupulos, duvidas no dominio dos sentimentos. Ha muita doente nervosa que só sente alivio das suas angustias quando descarrega a alma aos pés do confessor ou diretor espiritual. Varios santos da Igreja como S. Basilio, S. Jeronymo, S. Gregorio de Nissa, Santo Agosthinho, S. Bernardo, S. Francisco de Sales, S. Inacio de Loiola, além dos grandes pregadores, filosofos como Bossuet, Fénelon, demonstraram como a direção espiritual é necessidade consoladora para os que sofrem moralmente.

Quantas fobias e duvidas, quantos escrupulos enfermiços foram arrancados da alma dos padecentes pelo doutores da Igreja e pelos abnegados sacerdotes.

Ha mesmo na confissão cristã o germe de cura pela psicoanalise, pois, o paciente que está com o espirito sobrecarregado de máus pensares e de sentimentos dolorosos desanuvia na confissão suas maguas e seus sofreres e o perdão religioso representa, muita vez, o grande balsamo para os enfermos da alma.

As curas milagrosas feitas por todos os padroeiros pautam-se tirantes os dogmas religiosos, pela psicoterapia. Lourdes é um fe-

cundo e frisante exemplo do poder grandioso da fé. A religião constitue imenso contingente para o consolo dos enfermos, e o pragmatismo filosofico que apura a questão do resultado, reconhece o papel dominante da crença e do amor religioso no edificio do bem da humanidade.

A filosofia, sobretudo na sua parte moralista, muito contribuiu e ainda hoje contribue para os beneficios da alma humana. Na Grecia e em Roma os filosofos, epicuristas, mas sobretudo os estoicos, fizeram bastante em bem do espirito humano. Os filosofos eram chamados para aconselhar, como hoje se chamam os medicos. Seneca, em sua obra "A tranquilidade da alma", ensina pelo estoicismo virtuoso a indiferença á dor, e a vitoria sobre os pesares, a instabilidade de humor, associadas ás esperanças enganadoras, ás indecisões, e indica muitos preceitos ainda hoje aconselhados pela psicoterapia.

As obras de Descartes, Leibnitz, Fénelon, Malebranche, Pascal e Comte estão cheias de preceitos morais e curativos da psique humana. Os filosofos alemans, sobretudo Kant e Nietzsche influenciaram por suas obras e principios na conduta moral de muitos combalidos do espirito e sofredores de molestias animicas.

Depois que a psicoterapia entrou no uso cotidiano da neurologia e da clinica em geral, varios autores têm procurado, com os preceitos filosoficos elementares e moralistas, ensinar e guiar a alma dos enfermos para a reconstituição da saude abalada. Smile, com todos os seus livros populares e classicos, Feuchtersleben, com a "Higiene da Alma", Dubois, com a "Educação de si mesmo", Lubbok com os varios livros acerca do optimismo da vida, sobretudo "A ventura de viver" (*Le bonheur de vivre*), Toulouse com "As lições para a vida", "Como formar o espirito", o publicista americano Marden, com as inumeras obras sobre a alegria, o optimismo, o exito da existencia, Eymieu, com o "Governo de si mesmo", Zbinden, com os "Conselhos aos nervosos", Pauchet, Vachet e tantos mais empreenderam campanha benefica e salutar com que os enfermos, desanimados, aflitos, muito têm lucrado para as suas angustias morais, seus escrupulos, suas duvidas e obsesões, enfim, para tudo que lhes é causante dos males psiquicos da vida. Em todas as obras dos moralistas medicos ha frases, preceitos, indicações psicoterapicas que

vêm aliviar a alma dos enfermos que imaginam sempre situações morais falsas e erradas, que se enchem de medos, duvidas, escrupulos de toda casta. Tais obras são educadoras e cheias de consolos para os que sofrem imaginosamente males e angustias. O valor de semelhantes trabalhos está nas idéas impostas pelos autores, e aceitas pelos pacientes, que recebem, ás vezes sem maior analise, os preceitos e conselhos prescritos pelos filosofos e medicos moralistas e psicoterapeutas.

VIII

Hipnotismo

O hipnotismo foi a mais estrondosa manifestação terapeutica da sugestão. Quando ha mais de quarenta anos entrou na pratica diuturna da neuriatria, graças ao prestigio de Charcot e Bernheim, em todo o mundo o hipnotismo conquistou adeptos e entusiastas. Houve tempo em que era especie de panacéa para os males nervosos e organicos. Apezar de restrita atualmente a sua orbita de ação, ainda em certos centros civilizados é adotado e possue fervorosos proselitos. No Brasil, houve uma epoca em que varios praticos como Erico Coelho, Fajado, Barcelos, Jaguaribe, E. Coutinho e outros lançavam mão cotidianamente da ação hipnotica para a cura dos mais variados males. A obra de Fajardo acerca do Hipnotismo teve exito simpatico entre nós. Recentemente Medeiros e Albuquerque, que apezar de não ser medico foi grande espirito, erudito e observador, publicou um livro sobre o assunto que tem tido muitos favores do publico. Mostrou-se defensor sincero do metodo terapeutico, e documentou sua opinião com as grandes autoridades que hão escrito acerca da materia.

Podemos dizer que o tempo aureo da terapeutica hipnotica passou; hoje, dentre os neuriatros profissionais de autoridade, é pouco manejada, e os que a usavam frequentemente vão aos poucos abandonando-a.

Freud, que ao principio exercia a psicanalise por meio do sono hipnotico, verificou que deveria deixa-lo; Babinski, que foi dicipulo de Charcot e que assistiu á florecencia do hipnotismo na Salpêtrière condenou-o formalmente, julgando-o sintoma histerico; Dubois não usava e condenava-o em seu serviço clinico de Bérna; André Thomas manifesta-se tambem contrario ao processo. Grasset afirma que o "hipnotismo oferece serios inconvenientes e só deve ser empregado por medico experimentado". A. Thomas diz que a hipnose só pode atuar sobre e histeria e talvez sobre alguns fenomenos observados nos neurastenicos, porém, que se não acham em relação direta com a neuratesnia propriamente dita. Continúa o ilustre neurologista francês: "A hipnose foi empregada por alguns pedagogos ou medicos para a educação das crianças e para a direção dos subalternos. E creio ainda que é um processo perigoso e máu, que faz do individuo um automato e não un ser livre e pensante e destroe ou faz parar no seu desenvolvimento as faculdades superiores do discernimento e da razão".

E. Coué, que empregou no inicio da sua pratica o hipnotismo para cultura do subconciente, não mais o usava: preferia a concentração, os momentos do inicio de sono natural, o despertar, para que o paciente introduza no subconciente as idéas dominadoras e sãs á personalidade.

Nunca fui entusiasta do processo hipnotico porque nele sempre vi um metodo terapeutico insuficiente. No inicio da minha carreira, quando alienista do então Hospicio Nacional de Alienados, empreguei-o bastas vezes. Cedo porém me convenci de que as curas processadas não tinham duração e recebi a confirmação daquilo que Janet já dissera "que ha hipnotizados que têm tanta necessidade do hipnotismo como os morfinomanos da morfina". É evidentemente uma escravização. Não sou dos que condenam *in limine* o processo, mas reconheço que as suas aplicações são especiais e restritas. O que se consegue com o hipnotismo, logra-se com a persuasão e a auto-sugestão que são metodos mais consentaneos com o estado mental dos nervosos, sobretudo histericos.

Abandonei ha muito os processos curativos da sugestão hipnotica na histeria e neurastenia; apezar de ter empregado ás vezes o

estado hipnoide para fazer a persuasão e aconselhado o mesmo para a auto-sugestão.

O sono hipnotico manifesta-se pelo maximo de sugestibilidade. É pela intenção, ordem, ou pelo comando, que se consegue adormecer, por vontade extranha ou pelo proprio desejo do individuo. A fixação dos objetos luminosos, o olhar do hipnotizador, os passes, etc., são apenas maus auxiliares, porque o individuo dorme no hipnotismo, pela ordem verbal, pela auto-sugestão, ou pela sugestibilidade acrecida dos preparativos, aparatos, drogas, objetos fixos, moveis, ou ritmos sonoros. Todos estes artificios aumentam ou canalizam a sugestibilidade que se manifesta como finalidade no sono que pode ser muito leve (estado hipnoide) ou profundo como na letargia, sonambulismo e na catalepsia, e nas varias transições dos quatro estados principais. Como medico raramente provoquei todos os estados que são habitualmente inuteis para uso terapeutico. Para as minhas ordens, para as praticas persuasivas e para os conselhos da auto-sugestão sempre preferi o estado indiferente mental, que é excelente e que ás vezes só se consegue, já se vé, com o treino ou a repetição de exercicios psiquicos.

O paciente pode ser preparado com hipnoticos quimicos como o veronal, sulfonal, ternial, bromural, com um pouco de cerveja, sobretudo os que são sensiveis ao alcool, com o uso de um charuto, por outros meios fisicos, como aplicações de electricidade estatica.

Porém o melhor processo é para mim a sugestão verbal com a passivação do paciente e com a convicção de que vai dormir (estado sugestivo preparatorio). Mantenho as mesmas afirmativas acerca do hipnotismo que ha alguns anos publiquei. "Quanta gente pensa que a su cura está no hipnotismo. Este metodo é quasi sempre inutil no tratamento dos nervosos, salvo histericos.

"Primeiramente, porque uma ordem imposta no sono provocado não demove habitualmente obsessões e escrupulos; segundo, porque os pacientes ficam escravizados ou automatizados ao hipnotizador, sem vantagens definitivas para a sua doença ;terceiro, habitualmente as sessões hipnoticas deprimem sobremaneira o sistema nervoso e o moral de certos individuos e aumentam a debilidade nervosa. É, como diz Eymieu, ineficaz e perigoso para os doentes".

Ao lado desta opinião que sendo leiga em medicina é muito justa, cito profisionais de valor de Thomas, Babinski, Dubois, e outros mestres de neurologia, acatados do mundo inteiro.

O hipnotismo provoca a separação incompleta do conciente e do subconciente, e facilita assim a introdução das idéas e ordens no cerebro do individuo. Ao principio pareceria excelente. Se queremos atuar no subconciente e se o hipnotismo facilita a desagregação do conciente e do subconciente, nada melhor do que o processo em questão..... O hipnotismo peca por exceso de desagregação. Para que a sugestão, sobretudo a autosugestão, atúe é indispensavel um pouco de *self-control*, o limiar da conciencia ou do eu superior, para que o individuo presida com a compreensão persuasiva as ordens recebidas de outrem ou de si.

Se a conciencia atua pouco por si, na cura das psiconeuroses segundo a nova pratica de Nancy, o subconciente, só, solto, e automatico, como encontramos no sono, não se dirige e não se aproveita bem nas curas difinitivas. Deve existir o meio termo conciente-subconciente, pequena vontade e muita imaginação, porém, sempre o eu individual que colabora na cura definitiva dos acidentes ou sintomas nervosos.

Ha sintomas histericos que se curam rapidamente com o hipnotismo como com a persuasão sugestiva. Posso citar varios casos meus em que uma só sessão persuasiva, foi necessaria á cura definitiva. As contraturas histericas são habitualmente faceis de remoção. Os sintomas sensoriais podem tambem curar-se com certa rapidez, como tenho testemunhado em meu consultorio clinico e no serviço hospitalar.

O hinpotismo terapeutico é aplicavel apenas na fase de ligeira sonolencia; a letargia, a catalepsia e o sonambulismo são inuteis para os fins curativos. Disto tive a amostra quando medico do Hospital de Alienados. E possivel que o hipnotismo venha a ganhar seu antigo prestigio, como palpita Janet, porém, a sua espera de ação restringe-se nos meio medicos estranjeiros e nacionais. Os grandes clinicos brasileiros, especialistas em neuropsiquiatria raramente ou quasi nunca lançam mão do metodo para a cura dos seus enfermos. A persuasão sugestiva ou a sugestão em vigilia dão tão bons resul-

tados que habitualmente são os processos mais usados pelos neuriatros e clinicos nacionais. Em minhas aulas da Faculdade de Medicina digo sempre aos meus alunos que para a cura dos psiconeuroses não se desprezam metodos; todos são aconselhaveis desde que o paciente deles tire proveito: hipnotismo, auto-sugestão, persuasão, psicanalise, todos devem ser tentados, sobretudo quando houver rebeldia de cura, ou de melhoras. Estou convencido que qualquer processo psicologico feito com criterio influe no espirito do paciente e pode trazer-lhe a saude. Ao fim de contas parece que é a auto-sugestão o ponto final, da melhora e da reconstituição moral ou imaginativa dos doentes, que sofrem habitualmente pelos erros de imaginação, ou melhor pelo imperio do subconciente. O hipnotismo seria proceso excelente se não desapegasse tanto o subconciente do conciente. Qualquer processo que aproveite a meia liberdade do subconciente, ainda preso ao conciente, é o mais aconselhavel. E por isto que a persuasão sugestiva ou sentimental, a auto-sugestão de Levy, Bonnet, Coué e Baudouin, e em parte a psicanalise aproveitam tanto aos psico-neuroticos. É o que veremos nos capitulos seguintes.

Ás vezes nas sessões auto-sugestivas que tenho ultimamente empregado, os pacientes passam por ligeira madorna; ficam meio sonolentos, e alguns dormem um pouco. E o estado hipnoidico a que mais tarde me referirei. No Ambulatorio de Clinica Neurologica, sobretudo em histericos, consigo com grande facilidade as curas rapidas de acidentes pitiaticos. As vezes, nas sessões persuasivas, ou auto-sugestivas, algumas histericas entram em facil hipnose, por causa da grande sugestibilidade de que são portadoras. Em tais pacientes bastam as ordens reiteradas, imperiosas sem hipnose, para que elas se libertem das contraturas, tremores, ataques, etc., de que são portadoras.

Falo como antigo clinico e baseado em fatos que tenho ha trinta e cinco anos testemunhado. O valor das minhas asserções ressuma da pratica profissional.

IX

Auto-Sugestão

Este metodo teve sempre grande voga no empirismo humano desde os faquires até os espiritas. Apenas os erros de interpretação, e as charlatanices desviaram o fim empregado pelos autores. O merito do metodo está justamente em esclarecer a situação confusa que reinava entre psicologos e neuriatros.

O principal escopo do metodo está na cultura educativa do subconciente para que nele sejam introduzidas as noções boas, e contrarias aos sintomas molestos ou as debilidades morais. Já Freud tinha demonstrado que nas psiconeuroses é o inconciente, o eu involuntario que se acha tomado de idéas falsas ou mascaradas. Quer dizer que o conciente ou a vontade pouco podem fazer em beneficio da cura dos enfermos ou dos estados de fraqueza de animo ou de carater. A vontade serve para dirigir os outros, o subconciente ou a imaginação serve para dirigir a si-proprio. O governo de si mesmo só pode ser muita vez adquirido pela cultura do subconciente, pela educação da imaginação, emfim pela auto-sugestão que consegue introduzir no subconciente as noções proveitosas, uteis, curativas e vencedoras dos sintomas nervosos. Qualquer esforço de vontade, é ás vezes baldado e muitas vezes faz agravar o estado molesto. Quando o individuo se esforça em extremo para dominar qualquer fobia ou mania mental, o resultado é o esfalfe, o aumento da angustia que o atormentava. Todas as energias do eu superior, conciente, ou voluntario para combate aos padecimentos nervosos, não raro agravão os mesmos padecimentos. Estas noções foram resumidas em duas leis principais de Coué que são simbolicas do seu pensamento.

1º—Quando a vontade e a imaginação estão em luta, é sempre a imaginação que sobrepuja a vontade.

2º—No conflito entre a vontade e a imaginação, a força da imaginação está na razão direta do quadrado da vontade.

Pelo enunciado vemos que na cura dos sintomas psiconeuroticos, das fraquezas da psique, ou de qualquer sofrimento moral, a vontade pouco ou quasi nada atua. A imaginação que é expressiva do subconciente goza, na genese e na cura das psiconeuroses, papel preponderante. É, como vemos, a revolução de muitas noções classicas em que a vontade representava papel preponderante na repressão das neuroses.

Já P. S. Levy no livro "A Educação Racional da Vontade" como medida terapeutica, lançou mão da auto-sugestão para, por meio do recolhimento, ou concentração espiritual, vencer as faltas psiquicas ou os sintomas psico-neuroticos.

Baudouin, Myré e outros dizem que não é verdade que se educa nestes casos a vontade e sim a imaginação, o subconciente que formam a grande parte da personalidade normal e patologica do individuo.

As leis enunciadas são conhecidas pelos principios do esforço convertido, em que todo esforço voluntario redunda na piora ou insistencia do mal ou do sintoma. É por isto que todo desejo ardente, toda energia da vontade para vencer em paixões, vicios, usos funestos, fobias tiques ou obsessões terminan na consecução quasi imperiosa daquilo que se não queria fazer.

Com as tendencias ao alcool, á cocaina, á morfina, ao jogo, o forte desejo, os juramentos, as palavras de honra têm como desfecho habitualmente conduzir os individuos aos vicios, cujo combate ambicionavam.

A conciencia compreende a sem-razão do sintoma, a vontade quer impedi-lo, mas no momento, pelo esforço convertido, os fenomenos se incrementam, ha o aparecimento d'aquilo que se não queria ou se procurava evitar. Estas leis não me parecem absolutas. Muita feita, a força de vontade, não de uma vez, mas com a repetição, pode vencer estados molestos do espirito. O estoicismo, que é a escola filosofica da tensão espiritual e da energia da vontade, consegiu, dos seus proselitos sinceros milagres a esse respeito. Verificamos porém com muita frequencia de que não raro que a vontade é fraca, sobretudo nos debeis nervosos, neuropatas, em que a abulia, a pouca reação

volitiva é quasi sempre predominada pela imaginação ou pela grande emotividade.

Confio ainda no metodo do aperfeiçoamento, volitivo para a formação do carater. As idéas classicas de Smile, Lapie, Payot, Gebhardt, Ellik Morn, não falando dos filosofos, que se referem á educação da vontade pelo desenvolvimento poderoso do eu superior, sempre encontraram nos meios espirituais adiantados apoio sincero, pelos resultados adivinhos dos processos em questão.

A educação do carater é visada por Lapie como exercicio da vontade, porque vontade e inteligencia, vontade e moral para ele, confundem-se. Como ponto de transição a estas idéas está Fouillée, com a doutrina das idéas-forças, idéas-sentimentos, em que a razão e o sentimento produzem os efeitos formidaveis pessoais e coletivos da alma humana. Foram a idéa e a fé que fizeram a religião cristã vencer todos os combates, todas as pehseguições, e os martires, sacerdotes, crentes e profetas romperam todos os diques que a ela se opunham, porque a vitalidade do sentimento, lhes preparou a energia para atravessar todos os embaraços, todas as lutas, todos os sucessos negros e sangrentos da historia da cristandade. E a religiao cristã, sempre forte e dominadora da alma, crece com a civilização, modifica-se é verdade, mas acompanha *paripassu* todos os eventos da humanidade.

São as forças resultantes do amálgama da idéa e do sentimento que fazem os entusiasmos da guerra, o senso da vitoria, o amor ao sacrificio e o desprezo á morte. A idéa-sentimento é a grande alavança espiritual do homem, e transplantada para a terapeutica pode muito fazer em beneficio dos padecimentos. Já me referi em uma conferencia acerca do "sentimento na terapeutica", ao valor moral da cura das enfermidades nervosas, sobretudo das psiconeuroses, baseada na colaboração da inteligencia e do sentimento, para que da mais sublime simbiose das funções psiquicas dos homens possam surgir beneficios para os sofrentes de neuroses e de doenças gerais em que o elemento psiquico haja grande influencia. É muita vez pela dialectica sentimental e pela sugestão auxiliada do afeto que os grandes clinicos curam os seus enfermos nervosos ou mesmo de doenças gerais. Na tuberculose pulmonar, a sugestão atúa como grande elemento na cu-

ra, e Bandelier e Ropke afirmam que, para ser bom tisioterapeuta, o medico tem de ser bom psicologo.

Evidentemente, atráz de qualquer obsessão, fobia ou duvida, se oculta um sentimento, de amor, de fé, orgulho, desconfiança, ou zelo. A unica duvida que causa sofreres é a dos sentimentos. O cartesianismo é apenas um sistema filosofico e não uma tortura, porque a duvida da logica ou da inteligencia não causa sofrimentos e sim entusiasmo.

Tenho como sincera convicção que a influencia sugestiva é uma das causas da cura das psiconeuroses, isto é, da histeria, neurastenia, psicastenia. A sugestão vai adiante, melhora e faz guarecer muita vez estados organicos rebeldes. O trabalho de Dubois acerca da influencia do espirito sobre o corpo confirma a velha presunção humana quanto á curabilidade de certas doenças e infeções por meio de rezas, benzeduras, passes e toques milagrosos. Na tuberculose pulmonar isto é trivial. Todo remedio novo faz melhorar ou curar um certo numero de tuberculosos, aos quais exalta o apetite, peso, melhora a temperatura, diminue a expectoração e faz apresentar reações favoraveis em todos os orgãos e funções. O estado mental a isso predispõe o tuberculoso. Todas as novidades e metodos terapeuticos proclamados como curativos da tuberculose pulmonar ganham rapidamente fama, porque encontram logo varios casos de bom exito, que se explicam pela sugestibilidade do enfermo e pela influencia do espirito sobre os orgãos. Ha este respeito grande reciprocidade: o espirito influe sobre o corpo, e este sobre aquele, em verdadeiro circulo vicioso patologico, ás vezes muito beneficioso.

Pawlow, por metodos experimentais, e Zbinden, por conclusões clinicas, demonstraram de maneira inconcussa em animais e homens como a mentalidade exerce grande influencia sobre o aparelho gastro-intestinal, o que já foi sempre observado pelo povo. É de todos sabido que a idéa de um alimento ou a presença de um bom pitéu trazem "agua á boca". A vista de qualquer objeto repugnante, cabelo, mosca, na comida pode fazer sustar imeditamente o bom apetite, e peturbar o trabalho digestivo. Pawlow provou experimentalmente em cães que a vista de um gato produzia imediatamente a parada da secreção dos sucos digestivos dos animais em experiencias.

A fome é um fenomeno fisiologico, organico, o apetite um fenomeno meramente psiquico. O povo diz que "comer e coçar está em começar", e o francês restringe melhor dizendo que "*l'appetit vient en mangeant*". Isto demonstra que a idéa tem grande influencia sobre a digestão. Quanta vez o individuo se senta á mesa sem nenhuma disposição e vai comendo e acaba por alimentar-se como se seu estomago houvesse reclamado boa comida.

Muitas são as provas invocadas pelos leigos e profissionais sobre tais influencias. Os grandes jejuadores, faquires, que se expõem á admiração espetaculosa do publico, como Succi, atuam por auto-sugestão, isto é, inibem poderosamente o desejo e a necessidade de comer.

A influencia do espirito sobre o corpo podem ser voluntaria ou involuntaria. Uma forte comoção ou qualquer paixão dolorosa conseguem reduzir a nutrição e o pezo do individuo a estados exiguos, como conduzir ás vezes á obesidade. O medo produz muitas enfermidades e predispõe a varias infeções. A finalidade dos amores romanticos na tuberculose dos apaixonados demonstra como as paixões depressivas possuem grande influencia na nutrição do paciente.

As secreções de vária natureza, suores, urinas e materias alvinas são alteradas, diminuidas ou aumentadas pelos abalos de animo. As alterações cardiacas momentaneas, a dispnéa, a asma, de origem psiquica, estão na observação de varios medicos.

Mais interessantes, porém, são os fenomenos corporais diretamente influenciados pela vontade, ou melhor pela vontade refletida como lhe chama P. Janet. Hacke Tucke cita o caso de um velho de 79 anos que no prazo de dois minutos podia pela vontade, elevar o numero dos batimentos cardiacos de 63 a 82 por minuto. Ha quem rumine, regorgite o alimento, vomite pela propria vontade, como quem voluntariamente possa fazer ruidos gastricos e intestinais, e produzir movimentos anormais do diafragma.

É muito frequente nas mulheres, chorarem quando querem.

John Hunter afirmava que, fixando a atenção em qualquer parte do corpo, produzia uma sensação nesse lugar.

Exemplos de exercicio de vontade sobre os orgãos foram citados por Broussais, Woodworth, Liebault, Dubois, Levy e tantos mais. A influencia do espirito é notavel não só para a produção das doenças como para cura das enfermidades.

A canalização das forças psiquicas para a cura das molestias nervosas funcionais ou de origem psiquica faz-se por varios meios; a sugestão e a auto-sugestão estão evidentemente nestes casos.

Os primeiros estudos documentados da auto-sugestão tiveram um pouco de descrença dos clinicos, e podemos dizer que foi P. E. Levy que mais se esforçou em pô-los em relevo, e atribuiu os resultados á ação curativa da vontade provocada pela auto-sugestão. Este autor indica grande serie de exercicios mentais para o medico e para o respectivo doente. Os sintomas nervosos funcionais são preparados ou causados sempre pelas comoções e pela auto-sugestão. É a imaginação fertil do padecente que cria e incrementa o sintoma. Quando o individuo se arreceia de atravessar uma praça movimentada ou ficar encerrado em um compartimento, ou uma sala de diversão, imagina por hiper-emotividade que vai ter sincope, que vai morrer asfixiado. E esta idéa é seguida de angustia, suores, mãos frias, vertigens, mal-estar, e o doente é capaz de cair porque se convence que o sofrimento lhe é real e não imaginario. Se alguem estiver junto dele para fazer a contra-sugestão persuasiva, o paciente se encoraja e tranquiliza-se. É habitualmente a sugestão que, atuando no espirito, faz o bem e o mal. A psicoterapia persuasiva, ou auto-sugestiva procura beneficiar o nervoso orientado-o con a sugestão demonstrando os bons efeitos das boas idéas, sãs, contrarias aos medos, escrupulos, ás duvidas e manias enfermiças. Póde mesmo ir além: fazer sarar estados organicos, como ulceras, varizes, verrugas, como testemunham muitas autoridades medicas e o velho empirismo humano.

A terapeutica da auto-sugestão está toda no metodo a uzar. As praticas de Bonnet, Levy, Coué, Boudouin, resumem-se a varios principios em que a principal base está na concentração espiritual, no recolhimento, na atenção suave, porém constante, na meditação, no estado hipnoidal, nos momentos do inicio do sono natural ou do despertar. O insulamento é muito util para os exercicios espirituais.

Em seu quarto, só, deitado, sem testemunhas, com os musculos flacidos, a posição mais comoda e os olhos cerrados, póde o paciente conseguir pela imaginação coordenada, todos os beneficios advindos da auto-sugestão.

Os exercicios aconselhados por Bonnet são completos e variados, porém, indicam mais ou menos como o treino auto-sugestivo é vantajoso e eficiente. E o verdadeiro desporto mental, orientador e reeducativo, ás vezes, um pouco complicado e cheio de exteriorizações. Os processos de Levy são mais simples apezar de admitir que a atenção auto-sugestiva é que educa a vontade.

Neste particular, segundo Boudouin, Myré, não é a vontade a atuante e sim a imaginação. A base da doutrina da auto-sugestão está em dois principios. Toda idéa que ocupa ou monopoliza o espirito transforma-se em estado fisico ou mental; os esforços da vontade só fazem agravar o mal, ou o estado despertado pela idéa errada. Isto neu sempre é verdade.

Nos processos de Levy, do recolhimento, ha o estado preparatorio para que a vontade-sugestão penetre no subconciente para atuar e arrancar a idéa erronea e morbida que se havia assenhorado da personalidade do paciente. O autor descreve assim:

"Coloca-se o individuo em quarto tranquilo, longe da agitação, da luz ou de qualquer barulho, Distende-se o corpo livremente, sem embraraço e sem distrações. Fecham-se os olhos, como se o paciente fosse dormir. Procurará o individuo desviar a atenção do ambiente, para tudo concentrar na idéa de repoiso completo. Na ocasião em que o paciente sentir a lassidão natural, premonitoria de sono, e as idéas ficarem veladas, apagadas, surde o momento melhor para o individuo receber as sugestões boas ou a auto-sugestão favoravel á sua cura. Pode o paciente auxiliar á concentração sugestiva, tocando na parte afetada, fricioná-la, como para orientar ou materializar a sugestão. Este recolhimento facilita a introdução no sub-conciente das idéas curativas, porque a força está dentro de nós, como bem provou Baudouin em seu livro—"*La force en nous*".

Este estado de recolhimento, que prefiro chamar hipnoide, corresponde perfeitamente ao que Liebault chama "encanto" (*charme*) ou que Payot denomina "reflexão meditativa".

E preciso concentrar a personalidade na mono-idéa de repoiso, ou sonolencia; o momento da quasi separação do conciente e sub-conciente, propicio para que as idéas sãs sejam lançadas por meio da auto-sugestão, no sub-conciente e possam subtituir as idéas molestadoras e enfermas.

"O recolhimento é o estado de espirito em que o individuo se insula de todas as coisas, de todas as sensações, de todos os pensamentos, e que na calma, sem tensão espiritual, sem esforços, passivamente, sem fadiga, se verificam e fecundam algumas idéas previamente escolhidas, pela atenção puramente contemplativa", enfim pela auto-sugestão, pela imaginação sã e proveitosa.

O principio da sugestão ideativa é baseado no seguinte: sugerir-se uma idéa é acumular a atenção sobre ela de maneira que a realização se lhe siga. Enfim comportar-se alguem como desejasse alcançar alguma coisa.

A confiança em si mesmo é o melhor prologo para qualquer cura. Somos o repositorio das nossas forças; colhê-las com metodo, pela auto-sugestão ou pela concentração suave e constante, eis o segredo do bem-estar repiritual. A imaginação ou o subconciente são os fatores indispensaveis á cura dos estados enfermiços da psique e de muitas modificações organicas. Por isto é indispensavel estabelecer-se a diciplina mental, nesse metodo.

Ha varios principios essenciais á compreensão da doutrina e do metodo. Myré para a educação psiquica, estabelece diversos postulados que são guias mentais para a formação do carater, e para a cura das enfermidades neuro-psiquicas. De acordo com a orientação moderna de muitos psicologos, sabemos que as propriedades do Conciente são a vontade e a liberdade, faculdades superiores da alma, que formam na personalidade grande valor, sobretudo o que se refere á responsabilidade inteletual e moral.

O Inconciente é "um registador automatico, um reservatorio". Duas faculdades nele predominam; a que recebe, a sugestibilidade, e a que dá, a imaginação, isto é, que emite imagens as quais podem ficar á mercê do eu-conciente. A faculdade dominadora do individuo.

Só podemos querer uma coisa quando primeiro a imaginamos, ou evocamos. A vontade é uma conclusão do trabalho anterior do subconciente, enfim da imaginação que tem função preparatoria e orientadora.

"Quando alguem quer (com a vontade) e escolhe (com a liberdade) alguma coisa ou decisão, só pode vir por dois caminhos:

1º do mundo exterior com o qual estamos em relação por nossos sentidos conhecidos ou desconhecidos, os quais são fracos o restritos;

2º do mundo interior, isto, é, do inconciente, armazem de imagens, de idéas aquiridas. ,

Por semelhantes noções vemos a riqueza e a importancia do subconciente.

Por ele, atravez da personalidade, por meio da sugestão, ou da auto-sugestão que encaminha a emoção pode o individuo por outrem, e melhor por si mesmo, conduzir-se na vida patologica das comoções e modificar as varias alterações organicas em que o fator psiquico exerça influencia.

Na vida mais ou menos equilibrada ha solidaridade entre o eu conciente e o inconciente. Não raramente porém encontramos discordancias e desarmonias entre os dois. Daí os sintomas morbidos que atormentam os nervosos, as fraquezas de carater, a predominancia de certas faculdades instintivas que redundam em estados enfermiços do espirito. O medico psicoterapeuta procura coordenar o subconciente pela sugestão, isto é, vai canalizar a imaginação e as emoções, afim de que as idéas sãs se sobrepujem as idéas doentes, ou melhor, atuar no subconciente que é o grande repositorio mental da existencia e que recebe habitualmente más sugestões do meio, por predisposição hereditaria, e dá a imaginação errada, que se torna um habito e domina a personalidade do individuo.

Já dizia Zbinden que "pensar errado, é um vicio tão funesto como tomar morfina ou cocaina". De fato, o automatismo cerebral traz idéas falsas. O resultado é que cada vez que o individuo imagina males, estes surgem, incrementam-se e fixam-se no cerebro. Trava-se habitualmente a luta da vontade e da imaginação e aquela é vencida, porque o caudal do subconciente é muito mais poderoso do que o conciente. E os pacientes acovardam-se, não podem muita

vez reagir diante de qualquer fobia ou idéa fixa, diante da mais simples obsessão, por mais que queiram ou se esforcem para isto.

"A imaginação, como diz Myré, é força inconcussa. Como todas as forças da natureza deve ser dominada, domesticada, para por-se ao serviço do nosso bem".

A função moderna da psicoterapeutica está no concerto ou melhoria do inconciente, ou subconciente. Frau faz diferença entre os dois; habitualmente confundem-nos. O subconciente que é o maior repositorio dos males morais, dos erros da imaginação, das falsas interpretações, das fantasias, das alucinações, dos sonhos e delirios, deve ser dirigido pelo medico e pelo proprio enfermo para vencer os seus desvios. Assim como ha enchentes, caudais violentos, instantaneos, indomaveis, tambem ha crises mentais que se não podem vencer ao primeiro momento ou subitamente. Ás vezes é indispensavel o fator tempo, porque as reações se operam com lentidão e instabilidade, quando não ha, já se vê, fator organico, toxico, inficioso, ou destruidor. A psicoterapia, segundo o conceito de alguns reduz-se á cultura do subconciente por meio da auto-sugestão, isto é, introdução, no grande armazem mental, de idéas sãs, para o dominio ou afastamento das idéas erradas, preparadas por falsa sugestão, que desperta comoções desarmonicas e estados psiquicos morbidos.

Para o tratamento por meio da auto-sugestão temos que lembrar alguns principios de psicologia pratica. Em primeiro lugar a lei de Bernheim.

Toda idéa que se tem no espirito tende a realizar-se quer dizer pensar já é principio de execução. O espirito dirige a materia; é o senhor supremo do organismo e da vida humana. A força inconciente espalha-se pelo organismo e dirige-lhe as funções.

A faculdade dominadora do espirito não e o vontada, mas sim a imaginação, ou o automatismo cerebral de origem emotiva.

Esta lei tem sido vastamente documentada nos capitulos anteriores, e explica sobretudo o fato velhamente conhecido que, quando o individuo quer combater seus males morais sente, muita vez, que eles se agravarem. Os apaixonados da auto-sugestão dizem que o espirito dirige a força vital (dinamismo) e orienta suas realiza-

ções, quer dizer, o inconciente uniformizado, orientado na mesma direção pode modificar funções, alterar estados organicos, curar ulceras, varizes, asma, neuralgias, reumatismo, modificar as secreções, enfim apresentar grande influencia sobre a nutrição. O exemplo da tuberculose é a este respeito, brilhante. Muitas curas de espiritismo, da homeopatia, de grandes clinicos que prescrevem remedios inocuos, faz-se por meio do inconciente, que, como força viva, se irradia pelo organismo, e leva o influxo benefico até o recesso dos orgãos, no jogo delicado das funções biologicas. A cultura do subconciente pode ser aplicada ao uso da educação infantil e do carater dos adultos, como a fins terapeuticos. A espiritualidade é energia viva, principio dinamico biologico.

A condição essencial para que a auto-sugestão atue é a espera do afloramento do subconciente, que se faz pela concentração, pelo recolhimento, de modo que o conciente e o subconciente se achem um pouco desligados, quasi separados.

Por isto tornam-se indispensaveis umas tantas regras que serão faceis de executar; bastará um pouco de treino e de continuidade paciente. Um meio aconselhavel é a imobilidade do corpo, o relaxamento muscular, que vai até á frouxeza dos musculos da atenção. Toda meditação, diz Baudouin, em que nós penetramos dentro de nós mesmos sem fazermos muito esforço para pensar, é uma forma de afloramento do subconciente.

É uma especie de torpor preparatorio para o sono. O paciente deve procurar um lugar silencioso, obscuro, ficar livre de qualquer preocupação, de modo que seja facil por meio do pensamento fixo introduzir no subconciente a idéa util, naturalmente contraria á idéa morbida ou ao estado de doença.

O paciente não deve cometer esforço de atenção que vai sacrificar a operação mental indispensavel ao resultado util. Antes a *contensão*, em que o individuo evita pensar em outras coisas, detem a imaginação vadia e fertil, afasta suavemente os pensamentos inuteis e errantes, e procura reunir com o minimo de energia as idéas sãs, para introduzi-las no subconciente e substituir as emoções erradas que dão lugar ao fenomeno patologico.

Os momentos mais propicios, sobretudo para os que não possuem treino suficiente, como já disse anteriormente, são es do começo da sonolencia, isto é, da passagem da vigilia para o sono, e o despertar, quando o espirito começa vagamente a tomar conta do meio ambiente, da situação real da vigilia.

O momento da transição da vigilia para o sono já tem sido aproveitado para as boas meditações e as excelentes resoluções.

Ha o proloquio popular de que "o travesseiro é bom conselheiro", o que implica que a meditação espiritual na ocasião de dormir é excelente e preferida, e ás vezes tem tal força, que a concentração exagerada do pensamento neste comenos pode produzir insonia, por auto-sugestão contraria.

Andaram bem os sacerdotes em aconselhar as orações no momento de deitar e despertar; e nos templos o recolhimento prescrito produz efeito benefico para a ação da fé e da eficiencia das preces.

Chamo hipnoide ao estado de meia vigilia, meio sono, ponto de transição, que pode ser provocado pelo proprio individuo, depois de alguns exercicios, ou pelo medico, e constitue ás vezes um bom momento para a introdução no subconciente das idéas suaves, substituidoras dos estados ideativos morbidos.

O unico inconveniente que ha é a facil passagem para o sono hipnotico em que a desagregação do conciente e do subconciente se opera e a sugestão ou auto-sugestão perdem um pouco da sua eficiencia pratica.

O momento optimo para a ação auto-sugestiva está exatamente na penumbra ideativa (se chamarmos á vigilia, luz, e ao sono, sombra), isto é, na oportunidade do afloramento do subconciente ou da melhor recetividade ideativa do mesmo. É o momento otimo de melhor recetividade ou de predisposição para a auto-sugestão.

Nesta ocasião de lassidez muscular total, de nirvana do pensamento, de indiferença psiquica preparada, na contensão da imaginação, sem esforço de atenção, pode o individuo fazer passar pelo seu cerebro as idéas uteis e que irão atuar por sugestão no subconciente. Este momento de recolhimento muito acentuado pode chegar ao hipnoide, que alguns pacientes conseguem obter pelo treino

da imaginação. Habitualmente o individuo não precisa atingir a esta fase; o torpor, a contensão, são suficiente para o bom exito da cura. Existem muitas regras para a pratica de auto-sugestão, e que se encontram nos livros de Levy, Bonnet, Coué, Baudouin, Bovis Sides, Herper Parkey e outros.

Em regra todos os caminhos vão ter á Roma. O que se nota em todos os processos é a necessidade do recolhimento, da contensão, do repouso, do afrouxamento muscular, do silencio e da concentração suave do espirito para o aproveitamento da auto-sugestão.

Sabe-se, por fatos clinicos, que muita vez o esforço da vontade é negativo na cura dos desvios morais e psiquicos. A imaginação é tudo a vontade nada; o conciente muito pouco, o subconciente quasi tudo.

E indicado para o emprego da auto-sugestão, além dos preceitos anteriormente descritos, usar idéas gerais de beneficio para o corpo e a alma. Aconselham os praticos o uso iterativo das frases que tenham o verdadeiro valor da prece auto-sugestiva, assim, que, todos os pacientes devem no momento da passagem da vigilia para o sono usar a seguinte frase, vinte vezes: De dia para dia, em tudo e por tudo, sinto-me ou acho-me cada vez melhor.

Esta pratica tem a felicidade de preparar o animo salutar e atuar de maneira geral no espirito e no corpo. A ação auto-sugestiva estende-se naturalmente ao dinamismo psiquico e organico. Assim, quando o individuo repete diariamente os pensamentos contidos na formula acima, estabelece a sintese mental dos seus males, e ás vezes inconcientemente faz sarar sintomas.

Na Inglaterra e nos Estados Unidos o metodo e a formula são seguidos com bom exito de acordo com a mentalidade confiante dos anglo-saxões. Tenho aconselhado aos meus padecentes a regra acima, e muitos se sentem bastante reconfortados com o uso desse voto terapeutico, apezar de não poder registar curas exclusivas. Ao lado do preceito de carater geral, executado duas vezes por dia, ao adormecer e ao despertar, deve o paciente em ocasião do recolhimento durante o dia, ou mesmo nos momentos acima após a repetição da regra geral, formular o voto, ou o pensamento contrario ao sintoma aflitiva. Estes exercicios espirituais devem ser repetidos quan-

tas vezes forem possiveis, ora em estado de meditação, de recolhimento, de relaxamento muscular, em estado hipnoidico, em contensão espiritual, e o paciente evocará com absoluta confiança as imagens das suas melhoras fisicas e mentais, quer de carater morbido, quer de carater moral.

Os exercicios da auto-sugestão devem ser insistidos porque sem o treino e o tempo nada se consegue. Na evocação dos estados salutares não devemos fazer intervir desejos ardentes, nem a negativa da situação. Explico-me. As negativas incrementam no recolhimento, paradoxalmente, o mal ou a idéa, ao em vez de o individuo dizer "não sofro do estomago", deve afirmar sempre "meu estomago está são, funciona bem".

Ao em vez de o individuo dizer ou pensar "eu não fico louco", deve afirmar "Meu cerebro está perfeito, meu juizo é bom, reciocino bem" e assim por diante, de feição que o resultado util ou almejado seja coordenado mentalmente, ou em forma de litania, nos momentos de concentração, em hipnoide, em repouso, em estado de relaxamento muscular, na passagem da vigilia para o sono, e na ocasião de despertar.

Quando o individuo nega qualquer situação ou sintoma evoca inconcientemente este sintoma de modo a agravar no subconciente a idéa atormentadora ou a situação morbida. O melhor é afirmar logo o que se deseja como se houvesse realizado o anhelo. As expressões negativas ou fortemente voluntarias possuem as vezes efeitos contrarios.

Os exercicios mentais da auto-sugestão podem ser gerais e particularizados a qualquer sintoma mais incomodo. Tudo está na disciplina, persistencia, confiança e no aproveitamento das ocasiões propicia ao efeito da auto-sugestão.

Cada vez que o individuo se dispozer a educar ou melhorar o subconciente pelos preceitos acima, tem de criar em si a confiança na cura e não interrompe-la, qual pode ser um pouco demorada. Isto se aplica á cura da dor.

O que é essencial é persistir com bastante fé, não olhar prazo, não se impacientar com a lentidão, não duvidar de si, nem do metodo. A questão capital, está, repito na confiança, paciencia e persis-

tencia. A cura dos nervosos é uma viagem habitualmente lenta, por montes e vales; a ascenção dos montes são as melhoras; a passagem nos vales, as pioras. O termino da excursão chegará com a cura definitiva. A noção do prazo é despresivel, apezar de os pacientes muito se preocuparem com ele.

O tempo constitue um fator importante para a diciplina mental e para a cura das neuroses e psiconeuroses.

A aflição, a pressa dos enfermos só fazem retardar o bom resultado. Tudo está na confiança e na persistencia, porque todas as noções uteis da vida só se adquirem com tempo e trabalho.

Para alguem aprender a ler, escrever, tocar bem qualquer instrumento, executar qualquer profissão ou oficio tem de contar com os fatores tempo e esforço.

Os agriculutores esperam pacientemente a maturidade dos seus campos. O nervoso deve pautar-se pelos exemplos elementares da vida e afugentar o desanimo ou a descrença das suas cogitações. O otimismo se virá de plano geral para a consecução da sua cura, e a fé sincera, e a disposição dos exercicios espirituais deverão constituir-lhe o lastro psicologico.

Ha muitos metodos de diciplina para a auto-sugestão, como os de Parkey, Bonnet, Levy e outros. A melhor maneira de praticar a auto-sugestão está em aprender a contensão do espirito ficando o paciente em sincero recolhimento como de fé religiosa, preparativo para a prece. Costumo aconselhar o uzo da ampulheta, a qual o paciente olha deixando escoar area, e procurando em nada pensar. As pessoas inteligentes ou mediamente instruidas poderão executar o exercicio com certa paciencia até conseguir educar-se na preparação auto-sugestiva. Para as pessoas de menos cultura bastarão os momentos do inicio do sono e do despertar naturais.

Em resumo: no momento de deitar-se e no de acordar, o individuo repetirá mentalmente as afirmativas contrarias.

Durante o dia, preferirá as ocasiões mais tranquilas para fazer o recolhimento espiritual, e repetirá as afirmativas contrarias aos sintomas. Se o paciente se queixar de vertigem, deve dizer—"sinto-me bem, de pé, na rua, na igreja, no teatro", enfim afirmar o estado são contrario áquilo que o aflige. Se se sente mal nas alturas

insistir, vinte ou trinta vezes, "sinto-me bem na altura, em casas altas, torres, posso subir perfeitamente o Pão de Açucar, o Corcovado, a Torre Eiffel, o Vesuvio, ou qualquer ponto culminante".

Se o paciente sofre de *impotentia coeundi*, de causa emotiva, nervosa, deve fazer a auto-sugestão e convencer-se suavemente, sem esforço e energia, que diante da mulher suas funções serão regulares e faceis. O mesmo conselho pode dar-se ás mulheres que se comportam friamente diante de ato sexual. Os que sofrem de insonia, devem afirmar a si mesmos que dormem perfeitamente bem e que têm muito sono. O que se torna essencial é fazer a afirmativa, sem esforço de espirito ou tensão de vontade, porque, segundo Baudouin o esforço se converte em agravação do mal. A vontade nestes casos é a maior inmiga do paciente; a imaginação bem dirigida, a melhor companheira do enfermo; em sintese — muita vez o conciente — o inimigo, o subconciente diciplinado — o verdadeiro amigo. Por este meio pode combater-se qualquer estado incomodo espiritual; se a tristeza, o individuo repetirá com confiança — "estou alegre", varias vezes, seguidamente, rapidamente, até codificar a angustia, tristeza ou o mal-estar moral.

Ha ainda uma regra indispensavel para combater o sintoma doloroso do momento. Se o paciente acusa qualquer dor, nausea, vertigem, palpitação, dispnéa, mal-estar indefinido, angustia, caimbra, enfim não importa que sintoma molesto, deve recolherse concentrar-se, e repetir rapidamente em forma de prece, litania, para contrair todo o pensamento na idéa de cura. O individuo procurará resumir ainda mais a frase, e ás vezes basta repetir tanto mais depressa quanto possivel, de modo que ele sóo quasi perceba para si mesmo, afim de estabelecer-se o monodeismo, isto é, a sintese completa de todas as idéas e a predominancia daquela que se exprime em cura.

Ao lado deste exercicio o paciente poderá passar de leve, sobre a parte dolorosa ou enferma, a mão. Isto obriga-o á concentração, ao monoideismo de modo que toda a força espiritual se condensa na idéa de cura. Muitos nervosos costumam, com longos exercicios, curar-se de dores de dente, de cabeça, de neuralgias varias, sintomas aflitivos como vertigem, palpitações, dispnéa, prisão de ventre, e impossibilidade de execução das funções naturais.

Ha varios exemplos classicos de que a concentração ideativa ou a imaginativa abole dores e mal-estares, palpitações, etc. Os casos de Kant ,Hach-Tuke e muitos outros citados por Liebault, Bernheim e Levy servem para a su aconfirmação.

É trivial saber-se que quando as crianças levam quedas, se machucam, e que vão chorando para ao pé das mães ou das pessoas adultas, basta que estas repitam "no é nada, já passou", e friccionem mansamente os pontos tocados para que progressivamente desapareçam as dores, e os pimpolhos se calem, e ás vezes adormeçam.

Lembro-me que, quando era menino, minha mãe conseguia fazer passarem-me as dores de dente por medio de oração que ela acompanhava de cruzes feitas no lugar dolente. Ficava em estado passivo, com a cabeca recostada ao colo materno e, no fim de quinze ou vinte minutos, sentia-me aliviado e ás vezes adormecia.

Compreendemos que a auto-sugestão possa, com certo exercicio mental produzir efeitos decisivos. As documentações de Zernheim, Levy, Bonnet, Coué, Baoduuin, Méry, Parkin e outros mais, servem de provas ás afirmativas mencionadas.

O metodo curativo abrange todas as hipoteses de estados anormais fisicos e psiquicos, cada fobia, sintoma, ou anomalia podem ser melhorados ou removidos pelas praticas auto-sugestivas, contanto que o individuo evoque as situações contrarias, porem afirmativas de bom estado do organismo, do sentimento, da idéa, ou de orgão visado. Quando houver sintoma insolito, como dor, palpitação, mal-estar, angustia, repetirá a formula mental curativa, até aliviar-se totalmente ou melhorar da situação aflitiva. O metodo autosugestivo serve para curar dores fisicas ou morais, fobias, insonias, sensação de cançaço, desanimo, escrupulos, vicios como o fumar, a embriaguêz habitual, as toxicomanias em geral, pelo menos nestes ultimos, para a consolidação das curas, para a frieza sexual, os tiques, as sensações excessivas das temperaturas atmosfericas, as falhas de carater, as debilidades morais, crises organicas, ou psiquicas concientes, e sobretudo para a educação infantil; enfim, a auto-sugestão apresenta todas as indicações adotadas para o hipnotismo e para a persuasão sugestiva. Baudouin chega mesmo a afirmar: a auto-sugestão metodicamente dirigida, autoriza-nos a afirmar que os seus

poderes ultrapassam "ás maravilhas do hipnotismo". Infelizmente ha entusiasmo exagerado do autor.

O metodo é lento, ortopedico, porém de resultados animadores e ás vezes decisivos. Não se podem garantir curas com o metodo auto-sugestivo.

Os aproveitamentos da auto-sugestão têm-se dilatado demoradamente, tal qualmente fôra feito no tempo de moda do hipnotismo. Ha grande entusiasmo da maravilha curadora de auto-sugestão, e individuos julgam que o seu efeito sobre a energia moral é muito mais eficaz do que com o esforço da vontade. Não chegarei ao extremo destes exageros. Creio ainda na eficacia da vontade, auxiliada ou não de ação auto-sugestiva, e a prova está no exito dos exemplos classicos do poder e da logica da vontade. Vontade e imaginação combinam-se tão bem nos espiritos triunfadores que conciente e subconciente harmonizam-se sempre para o progresso humano individual e coletivo.

Abramowski afirma, entretento, por dados de psicologia experimental, que "a energia manifestada por uma pessoa na vida está na razão direta da faculdade que possue de mergulhar-se no estado de auto-hipnose, isto é, do poder de educação auto-sugestiva.

Os autores citam varios exemplos de individuos que, com a auto-sugestão, conseguirem energia moral, disposição imperiosa para os estudos, melhora da memoria, serenidade e estoicismo nos sucessos dolorosos da vida. Chegam mesmo a afirmar que a ação do hipnotismo se faz por auto-sugestão, e que a ordem dada pelo hipnotizador só tem execução quando a faculdades auto-sugestiva confirma a respectiva ordem. E por isto que o criminoso pode executar a má ação sob o influxo hipnotico e o homem de moral rija e sã não a executa. No proprio metodo persuasivo de Dubois e Dejerine só ha a auto-sugestão, isto é, a educação do subconciente, e não a função da inteligencia e da vontade. O metodo persuasivo, segundo os sectarios deste processo, aplica-se a um numero restrito de enfermos, sensiveis ao bom raciocinio, capazes de reações volitivas, e acessiveis aos bons sentimentos.

A auto-sugestão é um meio auxiliar, como outro qualquer da psicoterapia para a cura das dores, fisicas ou morais.

Posso citar varias observações clinicas feitas em meu consultorio e em estabelecimentos nosocomiais. Em todos os doentes as melhoras têm aparecido em um a dois meses, e as vezes a cura definitiva. Sempre auxilio a cura com medicamentos e outros metodos, porém, os sintomas aflitivos melhoram com a auto-sugestão. Até agora empreguei o metodo na neurastenia, na neurose obsessiva, aporioneurose, histeria e toxicomanias, em uns com exito feliz e outros com relativos beneficios. Em varios padecentes que assisto, as melhoras têm sido progressivas; não sempre se curam.

No tratamento dos meus doentes, não abandono os medicamentos, e os meios fisicos, porque a auto-sugestão por mim empregada não é sinão um metodo auxiliar, tão bom auxiliar como os banhos na febre tifoide. Quem quizer ser clinico tem de usar todos os metodos uteis ao doente. Sigo porém, com mais eficiencia a analise mental segundo as minhas doutrinas.

Não se podem curar os psiconeuroticos sem conhecer-lhes os os pensamentos e os sentimentos especialmente estes ultimos que constituem o manancial mais abundante na origem das psico-neuroses.

A pratica de quasi quarenta anos indicou-me que a psicoterapia constitue evidentemente o melhor caminho para a cura ou para o tratamento das psico-neuroses. O metodo que uso é diferente dos autores classicos e modernos e ao qual denominei *analise mental*, para diferençar da psicanalise de Freud e seus dicipulos especialmente Adler, Yung, Stekel e outros que se tornaram dissidentes da analise profunda instituida por Freud. Para exercer-se a analise mental cumpre ao neurologista conhecer as forças biologicas que se transmutan em energias psicologicas. Sabemos que o elemento vivo conta com as forças primitivas da vida que são a nutrição e a reprodução. A segunda é como sabemos, consequencia da primeira. Estas duas forças manifestam-se em todos os atos fisiologicos e patologicos, e são a garantia do individuo e da especie. As expressões biblicas *crescite et multiplicamini* exprimem tais energias que resumem o verdadeiro *élan vital* dos biologistas e dos filosofos. Na realidade o elemento vivo inferior ou superior garante a perpetuidade da vida sobre a terra graças ás duas forças enunciadas.

O homem, como a especie mais diferençada ou mais aperfeiçoada da terra, adquiriu pelas leis da evolução segundo as doutrinas de Lamarck e Darwin, ou da transmutação das especies de Hugo de Vries e de Morgen, novo elemento biopsicologico — a inteligencia conciente — que é o "Eu" dos psicologos. *A nutrição, a reprodução* e o *conciente* resumen as energias capitais que forman a unidade psico-somatica do homem em si e da especie a que pertence. A estas tres energias promotoras da vida humana fisiologica e sociologica denominei: a que se relaciona á nutrição *Fames;* a que se relaciona á reprodução, de acordo com a nomeclatura de Freud, *Libido*; a terceira que se relaciona com a inteligencia conciente, ou melhor com o pensamento e com o sentimento, *Ego.* As tres forças simbolicas da vida humana *Fames, Libido* e *Ego* resumem a fonte e a origem de todos os males humanos fisicos ou psiquicos, ou por outra, nenhuma enfermidade póde existir sem que tais energias sejam modificadas, especialmente no dominio da neuro-psiquiatria.

Baseado nestes principios é que pratico a analise mental que podé ser profunda ou não, remota ou atual. Sem conhecimento da influencia ou do desvio de tais energias bioticas não póde o analista reconhecer as raizes das psico-neuroses e estirpa-las para cura dos enfermos. A psicanalise de Freud é profunda ou abissal, isto é, perquire o inconciente para arrancar dele os complexos de base afetiva ou psico-sexual que constituem para o sabio de Viena as causas principais das varias psiconeuroses, especialmente da histeria e da neurose obsessiva. Nas neuroses de atualidade a neuratesnia e a neurose de angustia, Freud reconhece como causa o abuso masturbatorio (neurestenia) e ausencia do coito (neurose de angustia). Adler pensa que são os sentimentos ou *complexos de inferioridade* que constituem as psico-neuroses, os quais se manifestam em virtude da fraqueza do individuo para vencer no meio familiar, nos afetos, ou na luta social. Para Stekel as psico-neuroses são *males da conciencia* e resulta do conflito entre as duas morais — a moral ensinada pelos preceitos religiosos e pela educação, e a moral seguida pela familia em seus sentimentos, amorosos, religiosos ou sociais. Na analise mental que adoto, perquiro todas as faculdades que constituem a personalidade individual e ao mesmo tempo os desvios so-

maticos. As bases deste metodo foram por mim expostas na "Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal" (1934) na "Faculdade de Ciencias Medicas de S. Paulo". Esta ultima conferencia foi publicada por extenso em Minas Medica, ano III, Nº 1, (Janeiro, 1936). A Casa Masson, de Paris, tomou a si a edição do trabalho que saiu em francêz, em que se acham explanadas as minhas idéas acerca do assunto.

Aproveitando as noções empiricas e os metodos postos em pratica por Janet, Dubois, Freud, Breuler, Adler, Yung a Stekel constituí, de acordo com a pratica, as bases do metodo analitico e psicoterapico que adotei. Todas as psico-neuroses nem sempre tem um unico ou o mesmo radical. As causas variam e as modificações psicopatologicas tambem. Não podemos tratar todos os psico-neuroticos da mesma maneira. A neurastenia, a histeria, a neurose obsessiva, a aporioneurose (neurose de angustia) e a cenestopatia não podem ser tratadas uniformemente nem por padronização de idéas e teorias preconcebidas. O analista mental tem que nelas reconhecer individualmente os disturbios da Fames, da Libido e do Ego para atuar de maneira eficiente no tratamento ou na cura dos sintomas ou mesmo das psiconeuroses. No livro que publiquei sobre "Lições da Vida", esplanei minuciosamente como podemos compreender as tres forças humanas Fames, Libido e Ego e como os disturbios das mesmas podem produzir as psico-neuroses. Tudo que se relaciona a nutrição, ao metabolismo, aos impulsos de violencia, de conquista, de lutas, de guerra, etc., possuem suas raizes nas alterações da Fames. Tudo que diz respeito á sexualidade tem os radicais na Libido. Tudo que se relaciona com o poder, o orgulho, a duvida, com o amor proprio, com a vaidade se prende aos desvios do Ego. Ligam-se estes tres fatores habitualmente na produção das psico-neuroses; ha porem predominancia de um ou dois deles. O analista mental tem que ser clinico e psicologo. A descoberta dos complexos ou des sentimentos morbidos criadores dos sistemas histericos, das fobias ou da angustia é tarefa delicada e que demanda tempo e habilidade, especialmente intuição psicologica. A interpretação psicogenica dos acidentes morbidos das psiconeuroses constitue a chave do enigma ou do problema da cura dos enfermos.

XI

A analise mental tem dois fins principais: filosofico e clinico. Este ultimo indaga os processos etio-patogenicos e cuida da terapeutica, especialmente psiquica ou psicoterapica. A indagação filosofica da analise psiquica orienta o neuriatro e o psiquiatro para caminhos mais positivos, quer dizer, o clinico tira do empirismo e da logica os subsidios para a orientação terapeutica. A analise do pensamento, do sentimento e da ação individuais formam o triplice aspecto da vida do homem e como consequencia da psicoterapia. O clinico, ou o analista orientase pelas demonstrações da vida humana, afim de tirar proveitos da analise psiquica abissal ou não. A primeira condição do clinico é saber da vida exterior do paciente, depois da vida interior. Com o cotejo das duas poderá tirar lições utilissimas para a cura das enfermidades nervosa ou mental, funcionais, especialmente das enfermidades funcionais em que a conciencia esteja presente. A analise mental é aplicavel especialmente aos pacientes que conservam o eu, em relativa integridade, para que a ação analitica do clinico possa ser eficiente. Temos que estabelecer o assunto já hoje classicamente admitido do conciente ou eu superior e do inconciente ou do eu bastardo ou abissal. Estes dois elementos são indispensaveis aos estudos etio-patogenicos e terapeuticos. Na analise mental o clinico não deve jamais esquecer os tres pontos das forças humanas—Fames, Libido e Ego; isto é, a nutrição, e instintos dela decorrentes, a sexualidade e força e instintos dela originados, a inteligencia e os sentimentos presos á personalidade conciente e dela defluentes.

A analise mental constitue o metodo fotografico, paciente e iterativo da personalidade normal ou patologica. Só assim poderá o clinico ou o analista desvendar os fundamentos secretos das enfermidades funcionais de sistema nervoso. Serão naturalmente utilizados os processos classicos modernos, empiricos e racionais para a analise psiquica. O primeiro, o mais comum e o mais antigo é o das queixas espontaneas do paciente. O enfermo deve queixar-se, lastimar-se contar todos os seus males, riais e imaginarios, se possivel

diariamente, para que pela lei da cura espontanea das descargas o individuo se alivie. É sabido que o confessionario cristão, a confidencia ao amigo, ou que as memorias escritas, alijam as sobrecargas de sentimentos. A descarga é o principio mais universal que ha para a circulação da energicia. O epiletico, o tiquista, o histerico, o coreico, o atetotico, defendem-se pelas descargas motoras, como individuo sobrecarregado de emoções, de preocupações, de entusiasmo, anda, move-se ri, canta, para descargas beneficas das forças espirituais. Mutatis mutandis, o ansioso, o melancolico, o cenestopata, são queixabundos porque se defendem instintivamente dos sobrepesos emotivos ou passionais que os dominam. Assim como a criança repete os atos e as palavras ou as cantilenas para os seus gozos instintivos, o enfermo deprimido repete a todo instante as queixas e os gemidos para seu relativo bem estar. As dores amainam-se com os gemidos, e as raivas descarregan-se como os gritos e as ações violentas. Quando tais descargas não aparecem, as consequencias são muito mais graves para o estado d'alma do paciente e para o equilibrio do dinamismo nervoso central. As idéas e os sentimentos tendem para os atos, porque cada idéa e cada sentimento que aparecem são atos que se esboçam. O principio enunciado da circulação e da transformação da energia universal encontra direta aplicação na patologia e na terapeutica nervosa. É verdade que ha reações que, continuadas, se tornam prejudiciais, e para isso atua o clinico com o senso do combate ao sintoma ou á causa. As enfermidades são em regra reações de defesas do organismo; tais defesas, porém acabam deteriorando o todo, ou a unidade organica se a terapeutica ou melhor o clinico, não vierem em socorro da propria natureza. Compreende-se, pois, que as descargas psiquicas ou emotivas constituem o passo inicial para a cura dos transvios do dinamismo emotivo ou psiquico.

As palestras e as confidencias são o primeiro grau da analise mental terapeutica. O paciente deve falar, falar sempre, com ou sem indagação para que a confiança e o transbordamento dos sintomas emotivos ou sentimentais surjam espontaneamente. Os psicanalistas freudeanos lançaram ainda mão de dois elementos preciosos para complemento da analise abissal: os sonhos e a associação

de idéas. Para Freud os sonhos constituem a estrada rial para a penetração no inconciente, pelos radicais simbolicos que encerram, porque cada sonho representa um fragmento da vida infantil, e é na segunda infancia que se interram e se mascaram os complexos afetivos no abismo do inconciente, pela censura ou censor. Stekel é entusiasta da interpretação dos sonhos. A associação espontanea das idéas encerra, para os analistas profundos, o modo facil e elementar do afloramento do subconciente e especialmente do inconciente, e daí poderem ser percebidos e surpreendidos os complexos psico-sexuais, ou afetivos no inconciente dos enfermos. Para a analise mental sirvo-me habitualmente das confissões espontaneas ou provocadas; as primeiras são mais eficientes do que as segundas. Raramente lanço mão das interpretações dos sonhos, apezar de ser, para os psicanalistas, a via luminosa, para o conhecimento da simbolização afetiva dos complexos no inconciente no preconciente, ou no conciente. Habitualmente, com as narrativas, feitas de alma para alma, do paciente para o clinico se conseguem surpreender os erros da personalidade instintiva ou afetiva do individuo. Já de si a narrativa repetida, constitue beneficios para o enfermo. As descargas que se operam melhoram os pacientes sob a condição que as mesmas descargas não venham agravar, por circulos viciosos os males do paciente, como a febre muito alta pode siderar o sistema nervoso, como os movimentos excessivos podem trazer grandes prejuizos aos centros motores e ao organismo em geral.

O justo juizo acerca dos complexos de inferioridade de Adler, é elemento capital para que as descargas beneficas do enfermo se não transformem em elementos gravativos. Não podendo o histerico, por exemplo, vencer pela propria vontade ou ação, dar expansão aos seus desejos ou caprichos afetivos, transformam-nos em acidentes histericos, para os triunfos da sua vontade no meio familiar. Da mesma maneira que a criança grita, chora, esperneia, quando os anhelos, as vontades não são executadas, da mesma maneira o debil nervoso, o neurastenico, se irritam, se enraivecem, para se tornarem vitoriosos no meio familiar ou administrativo. São expressões dos complexos de inferioridade. Daí a vantagem do insulamento do paciente em meio não familiar apezar de se estabelecer o convi-

vio com pessoas estranhas, da mesma maneira que se internam crianças caprichosas e amimadas nos colegios com resultados excelentes. Todo processo para conhecimento dos males intimos ou da vida interior do paciente é aconselhavel, contanto que seja eficiente. Com a analise mental o clinico deriva males, esclarece as situações, põe o paciente em contato com a vida rial, ensinando-lhe o pragmatismo, ajuda-o a elevar-se e vai, ora pela sugestão, ora pela persuasão, ora pelo sentimento, ora pelo esclarecimento das falsas posições, das falsas atitudes, e dos falsos sentimentos, a por-se a cavaleiro sobre os complexos psico-sexuais, sobre as forças instintivas, sobre os desvios do Ego que formam as bases psíquicas das psiconeuroses. A analise mental não se pode afastar da analise clinica geral. A constituição do paciente, o fenotipo, mais especialmente o genotipo, o estado de nutrição, o desequilibrio endocrinico, as forças instintivas da Fames devem tanto preocupar o analista como as forças da Libido e do Ego. Insisto que as tres se conjugam na origem e na terapeutica das psico-neuroses e das psicoses, embora uma ou outra apareçam mais predominantemente nos casos. A analise psiquica superficial ou abissal, deve dirigir-se ao conciente e ao inconciente. No esquema de inicio esposto podemos facilitar a tarefa para que compreendamos as forças curativas do espirito.

Entre o conciente e o inconciente ha um espaço que é variavel de individuo a individuo e em diferentes momentos da vida cotidiana ou da vida total do paciente. Os timos e os periodos predispõem a articulação do conciente e do subconciente. Fisiologicamente o sono, a distração, a abstração, o repouso absoluto facilitam a desarticulação do conciente e do inconciente e a afloração do subconciente e do inconciente. A sugestão em vigilia ou a hipnotica produzem a mesma desarticulação. Os toxicos, como alcool, o cloroformio, o eter, o cocaina ou morfina liberam a principio o subconciente e o inconciente, daí o desaparecimento de dores e maguas e o aparecimento da alegria enfim de emoções até a inocencia da embriaguez ou da anestesia.

XII

Os metodos usados para a cura das psico-neuroses são a sugestão, a persuasão e analise superficial ou profunda. Outros elementos são subsidiarios, como o insulamento, a fé mistica, as distrações, as viagens, as derivações, etc., que o empirismo, o classississmo psicoterapico e as modernas correntes clinicas prescrevem. Já em livro anteriormente publicado, "As forças curativas do espirito", tratei do assunto, agora sinteticamente reunindo e novamente orientando. Os elementos essenciais da cura das psiconeuroses acham-se presos á sugestão e á analise mental. A sugestão em vigilia ou hipnotica e a analise psiquica simples ou abissal formam os elementos precipuos da cura dos enfermos, e que fazem parte mais do processo psicoanalitico. A noção do conciente, do subconciente e do inconciente é indispensavel para a compreensão dos metodos curativos dos enfermos psico-neuroticos. Cumpre ao clinico ter em mente as forças iniciais produtoras das psico-neuroses e das psicoses, isto é, a Fames, a Libido e o Ego, que se conjugam e se colimam para a produção das enfermidades funcionais do sistema nervoso, de base psicogenica. Como elemento subsidiario, originario do Ego é sempre necessario lembrar a ambivalencia ou ambitendencia do pensamento, do sentimento e da ação, que se conjugam tambem para entreter os estados morbidos em mira.

O primeiro passo da analise mental está nas descargas emotivas ou passionais, produzidas pelas confissões, posto o paciente em ambiente semi-obscuro, os membros lassos, separados como nos confessionarios, por um biombo ou cortina. Antes, porem, pelo exame geral, o clinico, o neuriatro determina o tipo morbido, o temperamento e o carater do individuo, ao lado dos disturbios somaticos, especialmente endocrinicos, vegetativos e metabolicos, que tanto dizem respeito á nutrição, ou ao pólo — Fames. Naturalmente com as narrativas espontaneas ou orientadas posteriormente pelo clinico, este vai conhecendo os andares do edificio espiritual, isto é, o conciente, o sub-conciente e o inconciente, e ao mesmo tempo vai sorpreendendo as lacunas da Fames, da Libido e do Ego, debaixo para

cima, na personalidade psiquica do paciente. Conhecida a unidade psico-soma, penetrado nos andares virtuais da psique individual, pode o clinico desvendar os complexos, as forças subterraneas e as emoções molestas atuais que afligem os pacientes. Pelas noções anteriormente descritas podemos compreender como atua a analise mental pela sugestão, pela persuasão pela penetração abissal. As tres completam-se: uma é consequencia da outra; as tres auxiliam-se.

Com a analise profunda vai-se ao amago da alma; com a sugestão penetra-se no espaço inter-articular da personalidade. Pelas confissões, as palestras espontaneas, descarregam-se as emoções, por valvulas de segurança, ora pelo sonho, ora pelos atos, ora pelas confissões, ora pela auto-confissão que se colima na prece mistica; pela sugestão, são impostas idéas ou emoções sadias que substituiem as idéas, as emoções ou os sentimentos morbidos. Pela persuasão o medico retoca os metodos curativos. O clinico não se esquecerá da constitução, do carater, do temperamento, da bio-tipologia individual, das formas hormonais do organismo, dos estados somaticos enfim que só por si podem produzir os distúrbios psico-neuroticos.

O analista mental, antes de tudo deve ser clinico avisado, porque sem os preceitos gerais visantes o soma, a psique não poderá muita vez ter alivios em seus padeceres. Enfim, o analista mental perscrutará a *Fames*, a *Libido* e o *Ego*, em suas raizes somaticas e psiquicas, para que possa, nos casos curaveis, orientar a natureza, ou melhor a energia biotica, para que retome os caminhos mais ou menos normais da nutrição e da reprodução, em suas energias atuais e virtuais, enfim para que harmonize a unidade biologica humana que é o psico-soma, especialmente na mais nobre das suas manifestações: o dinamismo nervoso.

Do que ficous exposto podemos considerar a psicoterapia da dor em dois pontos capitais: a cura da dor organica e a cura da dor funcional de origen psiquica.

A dor de origem organica pode ser periferica e central; de tipo dinamico, inflamatorio e irritativo. As dores perifericas podem-se

originar nos nervos de origem medular ou encefalicos de origem simpatica, ou originar-se nas raizes. As dores centrais podem ser corticais, talamicas, possivelmente protuberanciais e medulares.

A psicoterapia pouco pode fazer nas dores de origem organica. Salvo raros casos de auto-sugestão ou de hetero-sugestão, de fé, em regra a psicoterapia não pode extinguir completamente as dores de origem organica. Podera entretanto amaina-la ou diminuir a sua intensidade retirando o fator psiquico que muitas vezes entra como componente dos sofrimentos dolorosos.

Nas dores de origem psicogenica, mentais, neuralgicas, topoalgicas ou cenestopaticas muito pode fazer a psicoterapia.

Tudo dependerá do metodo clinico a empregar; e do sistema curativo indicado.

Em psicoterapia sou ecletico. Cada doente merece ás vezes um metodo curativo especial. Neste capitulo verifica-se o aforismo classico: não enfermidades e sim enfermos. Temos que lançar mão dos varios processos segundo o caso em mira.

Muitas vezes basta a psicoterapia persuasiva, em outras, a sugestiva até mesmo a hipnose. Ha sintomas dolorosos de origem puramente psiquica, angustiosos ou não que só a analise mental, superficial ou profunda, passada ou atual, poderá dirradicar ou estirpar o sintoma ou a sindrome dolorosos.

Na analise mental cumpre ter sempre em vista a *Fames* a *Libido* e o *Ego* que são elementos etio-patogenicos das manifestações psiconeuroticas. Não se podem estabelecer regras gerais para tratamento das dores de origem psiquica. E mais necessario o psicoterapeuta do que a psicoterapia.

Em conclusão.

1º A psicoterapia visa a dor de origem organica e de origem funcional, ou psicogenica propriamente dita.

2º Nas dores de origem organica a psicoterapia pode atuar parcialmente, sobretudo a terapeutica sugestiva.

3º Nas dores de origem psicogenica a psicoterapia tem sua total aplicação.

4º Para o tratamento psicoterapico da dor o clinico tem que lançar mão dos varios processos curativos.

5º A uniformidade de um metodo psicoterapico pode não dar resultado no tratamento da dor.

6º Aconselho a analise mental auxiliada pela sugestão, as quais, têm dado em minha pratica clinica os mais animadores resultados e as vezes a cura definitiva.

Rio, 6 de agosto de 1938.

El Dolor en Medicina Legal

por el Doctor RAIMUNDO DE CASTRO Y BACHILLER

EL DOLOR EN MEDICINA LEGAL

POR EL

DOCTOR RAIMUNDO DE CASTRO Y BACHILLER,

Profesor Titular de Medicina Legal y Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana; Secretario de la Academia de Ciencias de La Habana; Socio correspondiente de la Sociedad de Medicina Legal y Criminología de San Pablo en el Brasil.

Muy difícil a nuestro juicio es llevar a feliz término la ponencia confiada al que esto escribe; pero habiendo honores que no pueden renunciarse y es éste uno de ellos, la hemos aceptado con todas sus dificultades.

En efecto, si la Medicina Legal es una verdadera enciplopedia por la extensión y variedad de su contenido, que ha hecho exclamar a alguno: "no hay lugar a donde se vuelva la vista que no se encuentre con ella" y Lacassagne ha dicho con razón: "La ventaja de la práctica médico-legal consiste en no formar una inteligencia exclusiva y estrechamente especializada", qué diremos del DOLOR que precede al inicio de la vida y se sucede más allá de la muerte cuando el recuerdo de la vida de seres queridos para sus íntimos y para la patria, a veces, prolonga eternamente este dolor. Así pues, es fácil comprender que el uno y el otro estén íntimamente ligados y que por lo tanto es difícil plantear un problema médico-legal sin que en él esté envuelto el dolor, sino en su aspecto material, al menos de modo espiritual o anímico.

En la imposibilidad pues y principalmente por no prestarse a ello una ponencia, el abarcar en toda su concepción este vastísimo tema, nos limitaremos a circunscribirlo a este programa que si acertamos, al interpretar los deseos de los que formularon el tema, nos sentiremos muy honrados y si hemos equivocado el concepto excúsenos al menos, porque puede tenerse la seguridad que en su desenvolvimiento he puesto mi entusiasmo y mi labor en la medida de mis fuerzas, para corresponder al honor que se me ha otorgado por colegas tan ilustres de un país hermano al que me ligan los vínculos de la sangre, al correr por mí la de uno de mis ascendientes, al cual sé que vosotros estimáis con razón como cosa propia, al haber sellado vuestra independencia en el campo glorioso de Ayacucho el Mariscal Antonio José de Sucre.

He aquí el programa que nos proponemos desenvolver:

A ¿Qué es el dolor?

B ¿Hasta dónde y en qué forma puede conducirnos el dolor?

C Problemas más frecuentes que se le plantean al médico legista, sobre el dolor:

1. ¿Puede el dolor haber sido causa de la muerte?
2. ¿Es la incapacidad física provocada por el dolor?
3. ¿Es la incapacidad mental provocada por el dolor?
4. ¿Puede la ausencia del dolor provocar un problema médico legal?
5. ¿El dolor es el producto de la simulación?

A ¿Qué es el dolor?

Señores: Qué tema tan sugestivo. Permítaseme antes de entrar en la aridez de la ciencia recordar aquí aquel verso en que Alfredo de Musset expresa este sentimiento inexplicable del alma en sus siempre suaves y bellísimas rimas:

Rien ne nous rend si grands qu'une grande douleur....
Les plus désespérés sont les chants les plus beaux,
Et j' en sais d'inmortels que sont de purs sanglots

Estimamos que para poder resolver los problemas médico-legales sobre el dolor es preciso refrescar nuestra memoria con todo lo concerniente a él.

Podemos decir que el dolor es un grado elevado de la sensibilidad, que en el hombre su organismo al evolucionar su sistema nervioso y haber adquirido la facultad de la percepción por un proceso psicológico de discriminación puede llegar a tener conciencia de su diferenciación, de su localización y de su intensidad. Pero no por ello pierde lo rudimentario de su origen y por tanto su repercusión sobre el organismo todo. No debiendo olvidar que la sensibilidad en su condición más simple, cual lo observamos en los animales inferiores unicelulares, es la respuesta simple por un acto reflejo a un estímulo en o sobre el protoplasma celular como resultado de un quemotropismo, según lo manifiesta Loeb, y así vemos al protoplasma de la ameba ser atraído o repelido por ciertas substancias y ya en la medusa que está constituída por una agregación de células la vemos responder a una irritación por movimientos coordinados, irritación al parecer debida a iones en la sustancia estimulante y estos iones de sodio (Na) por ejemplo provocan o aumentan las contracciones rítmicas y los de calcio (Ca) disminuyen o inhiben estas contracciones. A medida que vamos subiendo en la escala zoológica vemos células especiales diferenciarse para ocuparse de la conducción de estos estímulos a lugares más remotos del punto de aplicación hasta llegar a constituír el sistema nervioso; pero este sistema nervioso no es como en los organismos superiores una necesidad de la vida de esos seres, sino sólo un auxiliar, ya que suprimido el aparato central nervioso grupos de células aisladas se contraen al ser estimuladas. ¿Podemos pensar que estas contracciones rápidas e irregulares que los alejan del estímulo es en los animales una indicación de una sensación desagradable de dolor? Bien difícil de precisar, y así vemos a los biólogos divididos sobre este concepto; pero sí creemos que es una forma rudimentaria de la defensa del organismo contra algo que lo perjudica o destruye, pudiendo, pues, pensar que es el dolor en los seres superiores una evolución de un acto de defensa y que aún lo vemos persistir en el hombre cuando en determinadas opera-

ciones, por ejemplo en un sujeto anestesiado y por lo tanto sin conciencia, las células viscerales se contraen, huyendo, por así decirlo, de la mano del cirujano, impidiéndole actuar y éste pidiéndole al anestesista llevar la anestesia a un grado superior para su completa inmovilización.

Ahora bien, la conciencia ha sido dividida en dos clases: una SUBJETIVA respondiendo a hechos originados en la mente y otra OBJETIVA percibida a través de los sentidos. Cada uno de los sentidos tiene un aparato nervioso completo, consistente en órganos de sentido receptivo, de sentido conductivo y de sentido perceptivo, siendo los primeros los filamentos terminales de los nervios sensitivos, los segundos los cilindros ejes de las células ganglionares (los nervios) y los terceros las células corticales sensoriales. La fuerza y la variedad de estímulos que la producen entendemos que son de una naturaleza QUIMICA, TERMICA, ELECTRICA o MECANICA. La diferenciación celular y de sus funciones nos permite en los organismos superiores altamente perfeccionados llegar hasta distinguir dentro de la sensación: su CUALIDAD (dándonos idea de la causa), su INTENSIDAD (de su fuerza) y su DURACION, dependiendo de la intensidad y de la rapidez.

El estímulo periférico que va a provocar el dolor es conducido por el cordón posterior de la medula a los centros talámicos subcorticales del reflejo del dolor, donde el dolor no llega a la conciencia; pero puede ser motivo de defensa, gritos, lágrimas, etc.; desde aquí pasa el estímulo a la circunvolución central posterior y es sentido como tal. No se ha determinado aun si el sentido del dolor radica en un órgano propio y dedicado exclusivamente a la conducción del dolor, o si sumando los estímulos todo nervio sensitivo es capaz de trasmitir el dolor. Pero hay más todavía: el dolor no es una sensación sino claramente una interpretación mental y por lo tanto se necesita para ello una actividad y un estado mental especial; y así, pues, vemos la necesidad para la plena conciencia del dolor que de los centros receptores y perceptores como el tálamo por ejemplo pasen a impresionar los centros de la memoria de asociación y de ideación. De aquí también podemos entonces deducir el dolor subjetivo como en la histeria.

De toda esta concepción podemos comprender qué trastornos tan variados y profundos puede causar en el organismo humano el factor dolor, desde el más simple acto de reflejo puramente defensivo y casi instantáneo hasta la más grave y perturbadora acción del organismo todo o de sus más vitales órganos y funciones, llegando hasta producir la incapacidad física o mental y hasta la muerte.

Todo esto se hace mucho más difícil cuando llegamos a la interpretación de un caso concreto, pues si bien es cierto que la clase e intensidad del dolor depende mucho del estímulo, pudiendo presentar una gama infinita de grados desde la herida más grave hasta la más insignificante reacción química, no siempre la lesión más grave por su violencia provoca los más graves dolores. La punzada de órganos internos primordiales no va a veces acompañada de dolores; si la vasoconstricción provoca dolores intolerables en un órgano al cortar éste no será dolorosa la herida, la propia piel tolera el corte a veces sin apenas dolor. Los más fuertes dolores y más prolongados en su acción los tenemos en las quemaduras, en las contusiones, en los desgarros y en la presión; la inflamación de tejidos en cavidades inextensibles es causa de dolores intolerables, como sucede en el dolor del diente, en las heridas punzantes en que las aponeurosis cierran el paso a la inflamación, llegando a provocar la incapacidad funcional del órgano. Hay heridos gravísimos que conservando su conocimiento todo no sienten dolor y que si algunos han querido suponer toxinas (histamina?) provocando el colapso veamos más adelante su explicación en el **shock.**

Fuera de las lesiones mecánicas toda excitación de la vía nerviosa desde la periferia al centro por las más variadas causas puede producir la sensación de dolor entre ellas, como hemos dicho, la inflamación, por toxinas de microorganismos infecciosos, por presión del edema sobre los nervios y según algunos por el estímulo químico del ácido (ácido láctico) fundándose en que la alcalinización disminuye el dolor, diciendo que se trata de la concentración de los iones de hidrógeno de dicho ácido. A veces el edema, el ácido y la toxina a la vez pueden ser la causa, siendo en unas más activo el uno que el otro.

La irrigación sanguínea insuficiente puede ser causa de dolores directa o indirectamente; el dolor de cabeza algunas veces es debido a ello, otras veces puede ser la presión exagerada del líquido céfalo-raquídeo sobre las meninges. Fuertes contracciones vasculares (espasmos arteriales) pueden provocar el dolor, y en ello va también al ser deficiente la irrigación sanguínea la acumulación de productos metabólicos (jaqueca, claudicación intermitente, ciertos dolores abdominales, la angina de pecho en ocasiones). La acumulación de estos productos metabólicos como el ácido úrico, el láctico, etc., formados bajo el excesivo trabajo muscular (surmenage, reuma, gota). excitando las placas sensibles finales originan como en la gota inflamación reactiva, excitando los nervios sensitivos por presión o por productos de la propia inflamación, y contracciones espasmódicas de los músculos estriados y de los lisos (cólicos, espasmos intestinales, dismenorrea en las uterinas, tenesmos en la vejiga). Estos espasmos de los músculos, que provocan dolores intensos, que postran al paciente, pueden ser provocados por irritaciones calculosas, por causas nerviosas, provocando el espasmo y por alteraciones hormónicas. Las avitaminosis suelen caracterizarse por dolores muy intensos (neuralgias del trigémino, del ciático, etc., en la avitaminosis B_1). El arsénico, el plomo y el alcohol y las toxinas especialmente vegetales son también causas provocadoras de dolor.

La irritabilidad de los centros nerviosos puede intensificar el dolor; los trastornos de ellos, patológicos, funcionales u orgánicos, en todo el trayecto desde la periferia al centro, pueden provocar, intensificar o anular el dolor, sea éste objetivo o subjetivo.

Debemos, además, tener en cuenta las oscilaciones diarias del dolor, notando, por ejemplo, que es menor en la mañana para intensificarse más hacia las seis de la tarde y comenzar a declinar en la noche (Frees) obedeciendo a tanto ritmo periódico que observamos en el funcionamiento fisiológico y patológico de los seres orgánicos.

Ahora bien ¿cómo puede llegarse a la incapacidad física o mental o hasta la muerte por el dolor? Desde que en 1795 Latta dió el nombre de Shock que tuvo fortuna al conjunto de fenómenos

que caracterizan un estado especial del organismo después de los grandes traumas materiales o morales y que este estado puede ser primario o inmediato (el caso de que tratamos, dolor) o secundario o tardío por pérdida de humores, no nos es difícil comprender hasta la muerte en estos casos.

Sin entrar en la patogenia del Shock, que nos llevaría demasiado espacio de tiempo y que lo entendemos fuera de lugar en el tema que venimos desarrollando, ya que hay un gran número de teorías sin que la ciencia haya dicho aun la última palabra, (a pesar de la gran experiencia de la guerra de 1914 a 1918); sí podemos aceptar que se conoce actualmente un mecanismo fisiopatológico general común a las diversas formas de shock y algunos mecanismos particulares propios de algunas formas especiales del mismo y que podemos aceptar que existen DOS variedades fundamentales de shock: uno, PRIMARIO o INMEDIATO y otro SECUNDARIO o TARDIO. En el shock primario existen dos tipos a su vez: uno NEUROGENICO (DOLOR) y otro PSICOGENICO (EMOCION). El secundario tiene igualmente dos formas: una húmeda (derrame linfo-sanguíneo interno) y otra seca (derrame externo) por hemorragias o pérdidas de humores. En todos estos casos existe una grave perturbación circulatoria caracterizada por la disminución del volumen sanguíneo circulante, con disminución de la presión sanguínea, dilatación y éstasis en los capilares, con aumento de su permeabilidad parietal, disminución de la circulación venosa de retorno con acúmulo de sangre en las vísceras y vasoconstricción periférica compensadora. En los casos de shock húmedo (traumático) existe una infiltración de plasma y linfa en las regiones vulneradas o traumatizadas, con edema considerable en esos tejidos.

En ambos casos puede existir el dolor, pues si como vemos en el primero es su causa primaria y única, en el segundo caso, puede el propio dolor existir o no; pero cuando existe coadyuva a agravar la situación y nos explicamos pues perfectamente cómo puede llegar hasta ser la causa directa de la muerte.

Contestadas de este modo las dos primeras partes A y B del programa que nos hemos trazado, veamos ahora la tercera, o sea C.

Problemas más frecuentes que se le plantean al médico legista sobre el dolor:

1º—¿Puede el dolor haber sido causa de la muerte? Si como acabamos de ver el dolor puede producir por un mecanismo fisiopatológico el shock y éste ser de tal intensidad que la vida sea imposible de continuar y que este dolor puede ser producido no sólo por un trauma material o moral, sino también por un proceso orgánico funcional de origen patológico interno, no nos será difícil el concebir que en determinados casos concretos tendremos que contestar por la afirmativa a esta pregunta planteada por el magistrado representante de la administración de justicia. Veamos algunos de los principales y más corrientes de esos casos, en la imposibilidad de enumerarlos todos. Dos casos pueden presentarse: la muerte puede ser instantánea, casi inmediata al dolor sentido o ésta puede ser más tardía, más lenta. Sobre el primer caso diremos que hay zonas en el organismo, siempre las mismas, sobre las cuales un traumatismo contuso provoca un dolor tan intenso que puede producir la muerte, como sucede en el testículo en el hombre, un golpe en el epigastrio o en el hipogastrio. Ciertas afecciones patológicas pueden también causar un dolor agudísimo de muerte, la angina de pecho, el cólico hepático, a veces traumatismos ligeros en ciertas zonas, como en la laringe, en las mucosas respiratorias superiores, en la mucosa del estómago, en los órganos genitales internos de la mujer, en la misma mama, en la dilatación brusca del esfincter anal, en que el dolor parece haber sido ligero suele presentarse una inhibición refleja de los centros vitales y la muerte casi instantánea; así como en ciertas afecciones del encéfalo, en que perturbada la circulación a causa de un traumatismo contuso doloroso de la cabeza se produce un espasmo arterial y como en el cerebro anemiado, la conmoción cerebral se produce fácilmente, si las vías colaterales no pueden restablecer una presión sanguínea suficiente, a tiempo, la muerte puede ocurrir por falta de irrigación bulbar asociada o no a una conmoción. Este fenómeno puede ocurrir también por una causa emotiva de gran intensidad dolorosa, (la noticia inesperada y brusca de la muerte de un ser querido) por ejemplo. Pero es que todo esto que parece ser

producido por un fenómeno agudo puede ser también más lento y como dice Lacassagne puede hablarse de una CONTUSION CRONICA, puesto que si cada una de las lesiones contusas de por sí no es capaz de producir la gravedad y la muerte, su conjunto y su repetición en poco tiempo pueden producir el agotamiento del sistema nervioso, el schock y la muerte, si un síncope instantáneo no pone fin a la vida; ya Zacchias lo había señalado. Esto se ve en los flagelados, en los apaleados, en los zurrados (maltrato de niños). Ejemplo de ello en lugares donde ha existido o existe el castigo del azote, en que como éste sea algo excesivo, el individuo muere en el acto, postrado en estado de schock al terminar el castigo muere horas después. En nuestro país (Cuba) en tiempo de la esclavitud de la raza africana, época colonial, se pudo ver a menudo este hecho que indica el trastorno funcional completo y absoluto de todo el organismo ante estas contusiones dolorosas. Mujeres embarazadas mandadas azotar eran acostadas en el suelo sobre un hueco abierto para que el vientre allí colocado impidiera el daño a la criatura que llevaban en el claustro materno, ya que los esclavistas querían conservar aquel nuevo ser que les representaba dinero, no por humanidad, que no conocían ese sentimiento; pero en su ignorancia veían con asombro que sin la contusión directa, ya que los azotes los recibía la madre en la espalda, aquellas infelices mujeres abortaban y muchas morían posteriormente.

El dolor en ciertas afecciones como en las quemaduras extensas, puede también de modo lento, si no ser la única causa, ya que la patogenia de la muerte en esos casos es también materia en que la ciencia no ha dicho la última palabra, por lo menos coadyuvar de modo intenso al agotamiento del sistema nervioso, al schock y a la muerte.

2º—¿Es la incapacidad física provocada por el dolor?

Es éste otro problema difícil para el médico legista, ya que a menudo se supone que se trata de un simulador y es a veces difícil convencer al Juez de que realmente el dolor ha provocado una incapacidad física, bien sea impidiendo el funcionamiento de un órgano, que imposibilita realizar una labor exigida, o que ésta sea deficiente, o que pueda llevar aun al sujeto a la postración absoluta

por agotamiento del sistema nervioso. Las causas pueden ser tan pronto traumáticas, debidas a una violencia externa o causadas por un proceso patológico de origen interno. Así por ejemplo vemos una herida punzante de la mano o del pie que por su tamaño minúsculo, parece imposible de causar un trastorno tan grave como el de producir un dolor tan penetrante que imposibilita en absoluto el funcionamiento, ya que la inflamación de los dedos, de la palma de la mano y de la planta del pie son en extremo dolorosas y más, cuando la herida ha producido una inflamación en una cavidad poco distendible, como en el interior del hueso o bajo una aponeurosis. También las heridas cortantes o incisas en la cara palmar de la mano, parte anterior del cuerpo y en la parte interna de los miembros suelen ser muy dolorosas. Muy dolorosas cuando hay un nervio afectado o comprimido por una cicatriz retractil. El muñón de una amputación puede ser a veces tan doloroso que impide el que el aparato protésico sea colocado. La claudicación intermitente en un sujeto afecto de enfermedad arterial que al producir el espasmo, impide a aquel órgano realizar una función que le es necesaria a determinado obrero para la labor que se le exige. El dolor constante e intenso de una afección aguda o crónica puede llevar al agotamiento del sistema nervioso y a la postración y por lo tanto a la incapacidad física absoluta del organismo para realizar las labores al exigido, en que la alimentación se hace a veces imposible, el sueño ausente y por tanto la desnutrición y la reparación fisiológica impedida provocan como causa principal y si no coadyuvante el debilitamiento orgánico, que paraliza por así decirlo la posibilidad de toda función.

Tengamos también en cuenta que el dolor producido por una contusión según su grado y la persona sobre la que actúa puede producir abolición o disminución de diferentes modalidades de la sensibilidad general, parálisis o repercusión sobre ciertos órganos o sobre determinadas secreciones, como síncope, vómitos, diarreas, ictericia, glicosuria, poliuria, anuria, (a veces refleja) aparición o paro brusco de la menstruación, alteraciones de la circulación placentaria que lleve al aborto, etc. En términos generales los autores señalan una escala de resistencia a la contusión y al dolor conco-

mitante en este orden: huesos, tejido fibroso, glándulas, sistema nervioso siendo estos dos últimos los más susceptibles. LA MOVILIDAD del órgano lo hace a veces escapar a la presión de la contusión y por lo tanto al dolor; y si por el contrario tiene un punto de apoyo resistente es más vulnerable, ya que como señaló Velpeau "la contusión es siempre producida mecánicamente por la acción de una potencia sobre una resistencia, sostenida por un punto de apoyo más o menos sólido."

Pero es que con todo esto no podemos todavía resolver ciertos casos; es menester que tomemos en consideración los hechos siguientes para aplicarlos en los casos apropiados. Las contusiones de todo género, especialmente las producidas por las armas naturales (puños, pies, etc.) que nos parecen a veces insignificantes como productoras de daño, al no experimentar todos los individuos que las reciben las mismas sensaciones en sus grados, para unos no son causas de dolor, para otros son extremadamente dolorosas y por fin, en otros pueden ocasionar hasta la muerte. Precisa tener presente el grado de nervosismo de la víctima corrientemente o en el momento de la agresión, el grado de su excitación nerviosa, por ira, miedo, venganza, rabia, orgullo, etc. y en estos casos si la postración, el shock o la muerte ocurren por inhibición, convengamos en que el golpe no es más que una circunstancia coadyuvante, puesto que la víctima se puso a sí misma en estado de inferioridad por la susceptibilidad particular y momentánea que da a su sistema nervioso el estado de excitación psiquíca, como dice Lacassagne. La sensación de dolor es muy variable, se ha dicho que es distinta en las diferentes razas, que los de piel blanca y muy fina son más susceptibles, que las personas de alto intelecto cultivado lo son más que los rudos e incultos, que el niño muy pequeño es menos sensible, y que el niño mayor y que el adulto es el más sensible, ya que al comenzar la vejez se disminuye la sensibilidad al dolor. Recordemos el estudio conocido de Ottolenghi que hizo en más de 600 casos y en que llegó a la conclusión que la mujer es menos sensible al dolor que el hombre y que la mayor época de su sensibilidad es entre los 19 y 24 años, que eran más sensibles las sienes y manos izquierdas y que su sensibilidad al dolor podía co-

locarse en este orden: 1º las de clase rica; 2º la mujer auto-educada; 3º la mujer de negocios; 4º la mujer universitaria; y 5º la lavandera.

Hay más todavía: el hombre por su educación o bien por su profesión o por el concepto elevado de sus deberes le vemos dominarse y llegar a dejarse practicar determinadas intervenciones dolorosas, recibir castigo, como el boxeador, el luchador, los duelistas, los jugadores de foot-ball, y los militares en el campo de batalla, heridas que otros hombres no podrían soportar en igualdad de condiciones, y además como hemos visto antes el sistema nervioso de dos personas en su funcionamiento no es idéntico, por ejemplo, cuántos boxeadores por su punch, por sus piernas y por su arte de boxear han sido grandes promesas que se han derrumbado por su pobre poder de asimilación al castigo, ya que el KNOCK-OUT de un boxeador, como se sabe, no sólo se presenta por un golpe aislado, que produciendo una conmoción es derribado sin conciencia por el conteo de diez segundos, sino que a veces cae impotente con conciencia de su estado, debido al agotamiento de su sistema nervioso por el castigo prolongado y brutal de su adversario, cosas que las personas ignorantes de este estado especial del organismo es causa de que hablen de pala (es decir componenda previa y de mala fe en el ARGOT boxístico, con respecto al resultado del encuentro). El estado de ánimo en un momento dado hace también variar la intensidad y la resistencia al dolor, un hombre amedrentado resiste menos que otro armado de valor, en el ardor de una lucha, es frecuente en el campo de batalla que al correr la sangre le haga a uno darse cuenta después de haber recibido un balazo o aun sus compañeros se lo advierten y esa misma herida puede ser después muy dolorosa.

3º—¿Es la incapacidad mental provocada por el dolor? No cabe duda alguna que el dolor por su intensidad puede conducir a la incapacidad mental, el individuo se hace inútil para toda labor intelectual y otras veces el dolor suele ser causa de que el sujeto buscando un alivio en su desesperación unas veces para poder realizar su trabajo, otras en la esperanza del alivio doloroso, caiga en las intoxicaciones provocadas por la droga narcótica que trae un esta-

do mental de tal naturaleza que hace al individuo un incapacitado mental. Estos dolores son frecuentemente cefaleas, raquialgias, radiculalgias, dolores fulgurantes (de la tabes), neuralgias, neuritis, plexitis, ciática, neuralgias intercostales, cervicobraquiales, frénicas, akinesia álgera o síndrome de moebious, adiposidad dolorosa, oftalmías dolorosas, mialgias, artralgias, dolores viscerales, parestesias (hormigueos, adormecimiento, sensación de frío o de calor, etc., etc.) causados por enfermedades orgánicas bien diversas o trastornos funcionales (digestivos, metabolismo alterado) o secuela de traumatismo por violencia externa. Pero es que debemos tener en cuenta además en el síndrome dolor que hay manifestaciones morbosas del sistema nervioso como la neurastenia (casquete cefálico), histeria (clavo frontal, dolores testiculares, ováricos, de la mama) psicastenia, etc., en que como fenómeno subjetivo puede crear una incapacidad mental aun sin un verdadero fondo psicopático. Más aun: podemos para completar este cuadro referirnos al estado mental SUI GENERIS provocado por el DOLOR MORAL (tristeza pasiva, sensación obtusa, vaga de una pena consciente o tristeza activa, sensación viva y violenta). En el primer caso cierto grado de inhibición psíquica, de abulia, de anestesia del sentido moral con elevación o disminución de la tensión arterial y debilitamiento de todas las funciones del organismo. En el segundo caso trastornos de nutrición de la corteza cerebral, produciendo un dolor psíquico (neuralgia psíquica) y más tarde el enfermo se apercibe de que él no puede sentirse alegre (esta es la anestesia psíquica de Krafft-Ebing). Cuando se intensifica este cuadro se presenta la angustia con su sensación de opresión, de constricción de la región precordial. Se observa este dolor moral sobre todo en la melancolía y también en ciertos paralíticos generales y en las intoxicaciones. (Dumas citado por Laignel-Lavastine). Todos estos trastornos del sistema nervioso están a la orden del día de la medicina contemporánea; el número de los inestables, de los agitados, de los deprimidos, de los ansiosos, de los espasmódicos, de los adoloridos, va en aumento y ya se habla de la neurosis social. Como ha dicho el Profesor Abrami: "frecuentes en nuestra época, cuando la vida, más fértil en pesares, en preocupaciones, en ocasiones de insom-

nio, de surmenage y de intoxicaciones de toda naturaleza, acentúa fatalmente todas las predisposiciones al desequilibrio.'' La emotividad constitucional es la base de estos desequilibrios, vivimos en perpetua alarma, produciendo distonias psico-mentales, distonias viscerales y muy frecuentes, como lo ha señalado Marañón en la edad crítica (menopausia).

En todos estos casos tanto el dolor material como el moral por su intensidad o por su persistencia ininterrumpida puede provocar un estado mental en el sujeto que por omisión o por comisión pudiera cometer un acto delictuoso y plantearse al perito médico el problema de la irresponsabilidad legal del individuo o a crear una atenuante, en cuya condición esta incapacidad mental del paciente deberá resolverse en cada caso particular, recordando entre otros factores, la abulia, la inhibición psíquica, la anestesia del sentido moral de que hemos hecho mención al hablar del DOLOR MORAL, y cómo éste puede ser un síndrome que nos revele una afección mental (melancolía, parálisis general, histeria, psicastenia, obsesiones, estados angustiosos, neurastenias o intoxicaciones cocaínicas o morfínicas).

4º— Puede la ausencia del dolor provocar un problema médico legal?

Fuera de los casos más raros en que la anestesia o parestesia regional o del organismo todo provocado por causa de enfermedades orgánicas, de trastornos funcionales, de traumatismo de origen externo o de la anestesia artificial en que se alega no haber sentido el calor que se le aplicó indebidamente o la intervención que se le practicó sin su consentimiento, o la violación sufrida bajo la anestesia o el hipnotismo, es indiscutible que si hemos visto cuántos problemas puede traer el dolor en medicina legal, SU AUSENCIA también puede provocarlos y éste es frecuente en el PARTO POR SORPRESA, cuando el embarazo es de naturaleza ilegítima y el parto ha sido clandestino y se acusa a la madre o a los abuelos maternos de infanticidio, o como dice nuestro nuevo Código de Defensa Social vigente, homicidio por razón de honor. Se presenta éste con respecto a la ausencia del dolor en la enajenación mental de la madre, en el estado comatoso, en diversos estados de inconsciencia,

(grados inferiores de deficiencia mental), en la tabes dorsal, en mujeres de vías genitales amplias, en que las vemos dar a luz sin darse cuenta de ello y también en los casos de errores de interpretación del dolor. El primer estudio médico legal sobre estos casos lo hizo Klein en 1817. En la tesis de Kiproff citando un caso de Mattei, se señala el hecho curioso de una mujer con tres partos rápidos sucesivos, en que el segundo careció absolutamente de dolores y la historia cita los partos por sorpresa que dieron vida a Carlos V, a Enrique IV, a Napoleón I y a la duquesa de Berry que tuvo varios partos por sorpresa.

5°—¿El dolor es el producto de la simulación?

Se ha dicho con razón que nuestras leyes sociales de la época actual en sus indemnizaciones para los obreros, no han creado la SIMULACION, ya que ésta existe desde que los seres habitan el planeta, en su lucha por la existencia, como tan gráficamente lo ha descrito José Ingenieros al pintárnosla en el reino vegetal y animal y de modo paradójico hasta en el mineral; pero indiscutiblemente la han hipertrofiado y el dolor es de lo que más se simula, ya exagerándolo, ya pretextándolo, ya disimulándolo, en los cuales están incluídos también los casos de hipersimulación.

Ahora bien, por la exposición que hasta aquí hemos hecho del dolor tanto objetivo, como subjetivo comprenderemos lo difícil que será demostrar de modo irrefutable la simulación del dolor y la inmensa responsabilidad que tiene el médico legista actuando de perito ante los tribunales de justicia. Por ello su examen en cada caso será cuidadoso, detenido, metódico, ordenado y repetido y lo dividiremos en dos, de este modo:

A. Examen General, en el cual:

1°—Nos ganaremos al individuo sin dejarle sospechar que dudamos de su sinceridad.

2°—Haremos un examen completo clínico con sus auxiliares de laboratorio, rayos X, etc.

3°—Estudio psicológico del individuo. Es muy interesante conocer el estado mental; casi todos los simuladores son de-

ficientes mentales, otros son delirantes, otros histéricos, psicasténicos o neurasténicos.

4º—Indagaremos sobre antecedentes familiares o personales de orden patológico.

5º—Indagar si hay algún interés por medio o una pasión.

6º—Buscar si por alguien se ejerce sugestión sobre el paciente, mujer o familiar interesado en la indemnización.

7º—Averiguar la existencia de un certificado oficioso de un médico o la indiscreción de un médico, de un enfermero o practicante.

8º—Procuraremos no amedrentar al paciente.

9º—Preguntaremos cómo emplea su día.

10º—Preguntarle si no tiene algún fenómeno que no tenga que ver con el dolor que aqueja.

11º—Podremos usar la electricidad y las medicinas anodinas. La anestesia sólo con permiso y no usaremos ni el hipnotismo, ni los drásticos, ni los vomitivos, ni la dieta de hambre.

12º—Si es posible en ciertos casos aislamiento, reclusión en una clínica.

13º—Supervisión prolongada de la vida del paciente ignorada por él.

14º—Usar la ASTUCIA, el INGENIO y la SORPRESA para desenmascararlos.

B. Examen Especial:

1º—Un interrogatorio minucioso sobre el dolor.

2º—Investigar si estas manifestaciones son sintomáticas de:

a).—Una lesión orgánica;

b).—De una neurosis;

c).—De una asociación de ambas; y

d).—Si se trata de un simulador.

3º—Eliminación indispensable de estas afecciones:

a).—Histeria traumática;

b).—Neurastenia o psiconeurosis traumática;
c).—Neurosis traumática;
d).—Sinartrosis de renta, (recordemos que los accidentes del trabajo han aumentado las dos primeras y creado las dos últimas); y
e).—La cefalalgia post-conmocional de etiología orgánica en discusión en el momento actual.

Con esto creemos haber dejado sentada la importancia que a nuestro juicio debemos dar a cualquier caso antes de juzgarlo como un caso de simulación; y que debemos basar nuestro diagnóstico considerando el caso en conjunto y no por la afección local del dolor que lo aqueje exclusivamente.

La disimulación del dolor es algo que asombra a veces, por otra parte, siendo el parto de esas infelices burladas por la agresividad y el egoísmo de ciertos hombres un ejemplo bien gráfico, que logran ocultar sus dolores a los que la rodean, de tal modo, que se discute la posibilidad de él al aparecer muerta la criatura en determinados casos de infanticidio supuesto o real.

Y ahora, señores, para terminar, que me habéis acompañado por este largo martirologio de la humanidad doliente, pensemos para consolarnos con el filósofo, que si el dolor no existiera no podríamos gozar de la dicha inefable del bienestar de la salud, de la alegría y de la felicidad, ya que nuestro espíritu vive de los contrastes que la realidad le impone.

BIBLIOGRAFIA

1.—Richard J. Behan M. D. "Pain" New York & London Appleton New York. 1919.

2.—Código de Defensa Social—Habana, Cuba. 1938.

3.—Dr. Nerio Rojas: "Lesiones" 2ª Edición Buenos Aires. 1934.

4.—Dr. Nerio Rojas "Medicina Legal" Editor "El Ateneo" Buenos Aires. 1936.

5.—Dr. Ch. Vibert "Manual de Medicina Legal y Toxicología" Hijos de J. Espasa—Editores Barcelona-España.

6.—González; Vance Helpern "Legal Medicine & Toxicology" New York. 1937.

7.—César Lombroso "Medicina Legal", Traducción de la 2ª edición italiana—Madrid—La España Moderna. Fomento 7.

8.—Proff. S. de Sanctis e S. Ottolenghi Trattato Práctico di Psicopatologia Forense". Societá Editrice Libraria Milano. 1920.

9.—Dr. Raimundo de Castro y Bachiller "Lecciones de Medicina Legal y Toxicología profesadas en la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana". (Inéditas).

10.—Profesor Mario Carrara, Romanese, Canuto y Tovo "Manuale Di Medicina Legale" Torino-Unione—Tipográfico—Editrice Torinese. 1938.

11.—R. Benon "Neuro-Psychiatrie", París, Librairie Medical Marcel Vigne, 11 & 12 Rue de L'Ecole de Medicine. 1935.

12.—Charles Mercier, M. B. "Quimical Responsability" Brooklyn, New York Physicians & Surgeons Book Company. 1935.

13.—E. Forgue, E. Jeanbrau. "Guide practique du Medecin dans les Accidents du Travail" Masson et Cie, Editeurs — 120 Boulevard Saint Germain París. 1914.

14.—Dr. Antonio Vallejo Nágera "Sindromes Mentales Simulados". Editorial Labor S. A. Barcelona, Madrid, Buenos Aires. 1930.

15.—Jean Picard "Nouveau cas de dissimulation de la douleur lors d'un accounchement Clandestin dans une chambre habiteé" Annales de Médicine Legale. París, Noviembre de 1938.

16.—M. Laignel-Lavastine "La Practique Psychiatrique". París Libraire J. B. Bailliere et Fils. 1919.

17.—R. Von Krafft-Ebing "Medicina Legal", traducido por J. Moreno Bartell—Madrid—La España Moderna, López de Hoyo 14 moderno.

18.—W. Weygandt "Psiquatría Forense".—Editorial Labor S. A. Barcelona.—Buenos Aires.

19.—L. Marchand "Manuel de Medicine Mentale".—Paris O. Doin et Fils Editeurs. 1908.

20.—M. Dide y P. Guiraud "Psiquiatría del Médico Práctico" Barcelona, casa Editorial P. Salvat. 1922.

21.—Afranio Peixoto "Psico-Patología Forense", Francisco Alves & Cía. 1916.

22.—Dr. Henry Claude "Psiquiatria Médico Legal", traducido por I. Barahona 1ª Edición Espasa-Calpe S. A., Madrid. 1933.

23.—Prof. Dr. J. Schwalbe "Errores Diagnósticos y Terapéuticos y Manera de Evitarlos", Tomo VIII. (Neurosis, Neurosis traumática y Psiquiatria). Manuel Marín, Editor, Barcelona. 1921.

24.—Dr. M. Ruíz Maya "Psiquiatria Penal y Civil", Editorial Plus-Ultra Eloy Gonzalo, 5 Madrid.

25.—J. M. Charcot "Lecons sur les Maladies du Systéme Nerveux".—Adrien Delahage et E. Lecrosnier. Editeurs. 1880.

26.—Dr. Legrand du Saulle. "Les Hysteriques".—Librairie J. B. Bailliere et Fils París. 1883.

27.—J. Dejerine et E. Gauckler. "Les Manifestations Fonctionnelles des Psychonévroses" Masson et Cie. Editeurs. París. 1911.

28.—V. Balthazard: "Manuel de Medicina Legal", 4ª Edición. J. B. Bailliere. París. 1928.

29.—Etienne Martin: "Précis de Medecine Legale". J. Doin & Cie. & Place de l'Odeón. París. 1932.

30.—Pedro Mata: "Tratado Teórico-práctico de Medicina Legal y Toxicología", 6ª Edición. 2ª Tirada. Madrid, casa Editorial Bailly Bailliere. Núñez de Balboa. Nº 21. 1912.

31.—A. Lacassagne: "Compendio de Medicina Legal". Traducción de la 2ª Edición Francesa. Barcelona. Herederos de Juan Gili. Editores. Cortis 581. 1912.

32. L. Thoinot: "Tratado de Medicina Legal". Barcelona Salvat y Co., S. en C. Editores. 220 Mallorca. 1916.

33. R. A. Witthaus & Tracy C. Becker: "Medical Jurisprudence Forensic Medicine & Toxicology." 2ª Edición. New York. Williams Wood & Co. 1909.

34.—Antonio Barreras y Fernández y Raimundo de Castro y Bachiller: "Manual del Médico Forense Cubano". Habana. Publicidad Cubana. Calle Habana Nº 39. 1920.

35.—Fredericks Peterson: Walter S. Haines y Ralph W. Webster: "Legal Medicine & Toxicology", 2ª Edición. Philadelphia & London. W. B. Saunders & Co. 1923.

36.—Brouardel: "Medecine Legale"—París.

El Dolor en las Enfermedades Viscerales

Por MAX GONZALEZ OLAECHEA

Profesor de Clínica Médica

EL DOLOR EN LAS ENFERMEDADES VISCERALES

por Max González Olaechea

Profesor de Clínica Médica

El Comité Nacional encargado de organizar las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, nos ha designado para que nos ocupemos del tema "El dolor en las enfermedades viscerales"; ante tan gentil invitación no era posible excusarse, teniendo presente que todos debemos aportar un contingente, por modesto que sea para el progreso de la Ciencia.

No vamos a ocuparnos del **dolor enfermedad** al decir de Leriche, quien al denominarlo así no carece de razón, pues es el dolor que predomina con carácter intenso y persistente, en algunas afecciones del neuroeje y de diferentes órganos y vísceras. El dolor, uno de los varios síntomas que puede presentarse en el curso de las afecciones viscerales, ocasionando sufrimiento más o menos intenso al enfermo, debe ser considerado como una reacción protectora como piensan Mackenzie, Pottenger y otros, pues desempeña un rol **biofiláctico**, como con feliz expresión lo denomina Ajuriaguerra. Efectivamente, la aparición del dolor obliga al enfermo no sólo a poner atención al sufrimiento que se inicia o está en curso, indicándole que su organismo reacciona ante una agresión, sino que ante su aparición toma posiciones antálgicas, que además de contribuír a la disminución del dolor prestan también cierta protección al órgano enfermo.

Moss, Mackenzie y Lenander consideraban que las vísceras eran insensibles al dolor; esta creencia indudablemente que es verdadera al estado normal, en que hay ciertamente ausencia de sensaciones molestas; mas esta analgesia fisiológica no significa que el individuo deje de percibir en forma vagamente consciente, que sus vísceras no experimentan agresiones. Pero las vísceras afectadas orgánica o funcionalmente, dan lugar en muchos casos a sensaciones dolorosas referidas al órgano, que asientan en las zonas metaméricas, en su proximidad y con frecuencia en puntos alejados; siendo necesario para que estas manifestaciones se generen, un estímulo adecuado en calidad e intensidad, el que varía según el órgano afectado.

Consideramos a este respecto justificada la clasificación que hace Ayala de Pisa, teniendo en cuenta los variados estímulos que originan dolores viscerales; ella es la siguiente: a) la contracción espasmódica de los músculos lisos; b) la distención; c) los trastornos de la circulación sanguínea (isquemia y éstasis venoso); d) la inflamación; e) los estímulos químicos; f) el estiramiento, la torsión y la compresión.

Pero antes de ocuparnos de la fisiología del dolor en las afecciones viscerales, es procedente rememorar la forma o cuadro que presenta en algunas de las más destacadas enfermedades de los órganos contenidos en las cavidades torácica y abdominal.

El angor pectoris en su forma clásica, ofrece a la observación manifestaciones dolorosas que se pueden sintetizar así: aparición súbita de dolor a consecuencia de una emoción, corriente de aire frío, en medio del sueño, etc.; dolor retroesternal, en la región precordial o sólo en la región mamaria izquierda; los pacientes lo comparan a un garfio que desgarra, un puñal que penetra o una compresión del tórax, que les ocasiona una intensa angustia con sensación de muerte inminente; el dolor se extiende al hombro, parte interna del brazo, antebrazo, mano y dedo meñique del lado izquierdo, en veces se extiende al cuello, ángulo del maxilar inferior y nuca del mismo lado. Estas proyecciones parecen tener un tipo radicular correspondiente a C2, C3, C4, C8, D1, D2 y aún D3, D4 y D5. Algunas veces se observa dolor con localización epigás-

trica predominante durante la crisis, tomando la forma clínica que Lian ha denominado **mal cardio-gastro-anginoso.** Casi siempre además de la manifestación dolorosa subjetiva, se comprueba hipersensibilidad de la piel en la región precordial y en las otras zonas anteriormente enunciadas. La crisis dolorosa cesa después de algunos minutos, pudiendo reaparecer dentro de algunas horas, días, o después de mucho tiempo.

El infarto del miocardio ofrece un cuadro doloroso que se asemeja al del angor, en cuanto a la ubicación del dolor, pero el sufrimiento se prolonga por varios días; esta circunstancia asociada a otros signos como: fiebre, leucocitosis con polinucleosis, baja de la tensión arterial, etc., sirven para diferenciarlo del angor.

En las pericarditis agudas y algunas veces en las crónicas sin derrame, hay dolor subjetivo en la región precordial; al examen se puede notar hipersensibilidad de la piel en la misma región. Con frecuencia se comprueban los puntos dolorosos de Mussy: frénico superior entre los dos cabos inferiores de inserción del esterno-cleido-mastoideo y el xifoideo o botón diafragmático en la extremidad ósea de la 10ª costilla; ambos corresponden como se sabe, a las partes más superficiales del nervio frénico.

En la miocarditis aguda es raro que se presente dolor; sin embargo, Potain ha descrito la **forma dolorosa,** en la que la presión sobre la articulación esternal de los cartílagos 4º y 5º izquierdos, determina dolor.

En la insuficiencia aguda del corazón izquierdo, hay dolor subjetivo y aún a la presión en la parte del miocardio accesible a la palpación, como la punta.

La aortitis aguda y con frecuencia la crónica, determinan dolor subjetivo retroesternal, presentándose con frecuencia crisis dolorosas tipo angor, indicando que el proceso ha invadido las coronarias.

La aortitis torácica presenta dolor interescápulovertebral y tóraco-lateral izquierdo, algunas veces vertebral o paravertebral a la altura correspondiente a la lesión aórtica; el dolor es continuo, se irradia a lo largo del espacio o espacios intercostales, simulando neuralgias en el lado izquierdo del tórax. Cuando el avance del

proceso determina un aneurisma, el dolor se intensifica en forma marcada, siendo imprescindible el uso de calmantes.

La aortitis abdominal se revela por dolor a la presión en el trayecto de la aorta abdominal y aun en su ramificación ilíaca. En el curso de su evolución se presentan con frecuencia crisis de dolor intenso, que Potain y otros observadores denominan **angor abdominal**, y en las que el dolor epigástrico se irradia hacia el ombligo al principio, para extenderse a todo el vientre simulando un síndrome peritoneal. Generalmente la crisis es de corta duración, y puede desaparecer rápidamente bajó el influjo de un vasodilatador.

La neumonía y la pleuroneumonía determinan dolor intenso desde el principio, que se exagera con los movimientos respiratorios y la tos; se localiza en la región submamaria, "point de coté" que disminuye la movilidad del lado afectado. Algunas veces el dolor se irradia hacia las falsas costillas y aún se presenta como abdominal, simulando una apendicitis especialmente en los niños. En la neumonía central hay ausencia de dolor o se presenta éste retardado, cuando el proceso se extiende a la periferia.

La embolia pulmonar es también acompañada de "point de coté" marcada.

En las neoplasias pulmonares el dolor en el lado del tórax atacado es intenso, tomando la forma de neuralgia intercostal continua, y con exacerbaciones que hacen necesario el uso de sedantes; con frecuencia se nota hiperestesia de la piel. Alguna vez hemos observado sólo causalgia del tipo señalado por Leriche, como exponente de alteración simpático-sensitiva en una neoplasia pulmonar.

La Pleuresía sero-fibrinosa es acompañada en sus comienzos por dolor de costado lancinante, que se localiza en diversas partes del tórax; se intensifica con la tos, la respiración profunda y la percusión, y va decreciendo con la producción del derrame.

Las córtico-pleuritis, cualquiera que sea su forma, se acompañan de dolor menos marcado en la pleuresía y aun puede faltar en los casos leves.

En las pleuritis parciales el dolor subjetivo es leve, el paciente lo refiere al punto afectado; al examen se comprueban diferentes puntos dolorosos, a la altura de la localización.

En la pleuresía diafragmática el dolor es referido al hipocondrio, al flanco, a la parte inferior y posterior del dorso y al epigastrio. Al examen se aprecian varios puntos dolorosos: en la 5ª apófisis espinosa cervical, punto frénico superior, punto medioesternal a nivel de las articulaciones esternales de los cartílagos 5º y 6º, y punto diafragmático a la altura de la extremidad anterior de la 10ª costilla del lado afectado.

En la pleuresía mediastínica se observa además del dolor subjetivo referido a la parte media anterior o posterior del tórax, que es muy vivo en la localización anterior izquierda, puntos frénicos en la pleuresía mediastínica anterior derecha, como se presentan en la pleuresía diafragmática.

La hepatitis aguda se caracteriza en cuanto al dolor, por su leve intensidad; el enfermo lo refiere al hipocondrio derecho. Al examen se acusa dolor a la presión en el reborde costal, en la parte alta del epigastrio que corresponde al lóbulo izquierdo del hígado, rara vez en los espacios intercostales.

En la hepatitis supurada el dolor subjetivo es marcado e intenso en el reborde costal, el epigastrio y los espacios intercostales, cuando el foco supurativo se superficializa; puede presentarse dolor irradiado al hombro derecho, a la región cervical y algunas veces a la clavícula, el brazo y antebrazo.

En la angiocolecistitis calculosa las manifestaciones dolorosas subjetivas son poco marcadas, pero al examen se encuentran varias zonas o puntos dolorosos, tales son: la sensibilidad vesicular o signo de Murphy, el punto epigástrico, el punto de Binet en la extremidad anterior de la 11ª costilla derecha, el punto pancreático-coledociano de Chauffard, el punto frénico superior más constante y el inferior, el acromioclavicular, el ángulo-escapular inferior, los vertebrales y algunas veces los paravertebrales, a la altura de las vértebras dorsales 8ª, 9ª y 10ª; de éstos los más constantes son el cístico, el de Binet y el frénico superior. Cuando en la anterior afección estallan las crisis de cólico hepático, el dolor en el hipo-

condrio derecho es intensísimo, el paciente tiene la impresión de desgarradura o quemadura interior, toma una posición antálgica, apelotonado en flexión en su lecho; a la exploración manual aún superficial, el dolor se marca en el epigastrio en las zonas vesicular, pancreático-coledociana, con irradiaciones al hombro, la escápula, el espacio interescapular, el cuello, la nuca, algunas veces la región mamaria; rara vez la irradiación es descendente. Pasada la crisis se comprueba al examen los puntos dolorosos señalados en la angiocolecistitis, pero los más constantes son: el cístico, el de Binet, y el frénico superior.

En las gastritis, úlceras gástricas, duodenales, pilóricas y neoplasias gástricas, el dolor tiene caracteres especiales en cuanto a su calidad y horario. A este respecto deben tenerse en consideración las variantes perfectamente estudiadas por Gutmann. El dolor se puede presentar bajo la forma de quemadura, de calambre y terebrante. La quemadura, sensación sui generis desagradable, indica estado de irritación o irritabilidad de la mucosa como pasa en la gastritis, en la que el exceso de acidez puede determinarlo, aunque también la hipoacidez y la anaclorhidria producen el mismo efecto, sin duda por haber disminuído la cantidad de mucus gástrico que desempeña rol protector. Produce también sensación de quemadura el estancamiento de la bilis en el estómago, cualquiera que sea la causa de ello; igualmente la presencia de gran cantidad de amiláceos y grasas, que al fermentar dan lugar a ácidos orgánicos, que son muy irritantes para la mucosa gástrica. El calambre, que como dice Gutmann es el más orgánico de los dolores gástricos y es la traducción clínica de la úlcera gástrica, se debe sobre todo a las contracciones del estómago en estado de inflamación: el estudio viscerográfico realizado por Dimitri y sus colaboradores bajo la inspiración del Profesor Danielopulu, prueban este aserto. La hiperacidez es también factor que contribuye a producir dolor, pero ese papel no es el principal. El calambre no es exclusivo de la úlcera gástrica, se le observa en el espasmo pilórico, piloritis, úlcera yuxtapilórica y cáncer pilórico y del antro. El dolor terebrante indica alteración profunda del estómago, siendo el más intenso de los dolores gástricos; se observa en las úlceras que corroen, en

las infiltraciones neoplásicas, modificándose muy poco con el reposo en este último caso.

El horario de presentación del dolor varía: se presenta fuera de la alimentación, calmándose con ella, como pasa con frecuencia en la úlcera duodenal y algunas veces en la gástrica; inmediatamente después de la ingestión del alimento, como en las úlceras de la gran curvadura; una o dos horas después en las úlceras pilóricas, yuxtapilóricas y de la curvadura menor, de tres a cuatro horas después, como en la úlcera duodenal.

El dolor en las úlceras se presenta con frecuencia bajo la forma de crisis de localización epigástrica, que duran días o semanas produciéndose remisiones por tiempo más o menos prolongado.

En las neoplasias el dolor es continuo con exacerbaciones. Durante las crisis dolorosas intensas el paciente toma posiciones antálgicas, acostado sobre el vientre, plegado en dos, en posición genupectoral.

A la exploración del paciente en las afecciones de que hemos hablado, se puede apreciar con frecuencia dermalgia en el epigastrio; a la presión profunda diferentes puntos dolorosos: el epigástrico correspondiente a la parte alta del plexo solar, el mesentérico superior a 2 cm. por fuera y debajo del ombligo, el mesentérico inferior a 4 cm. por fuera y debajo del ombligo, los iliacos; todos ellos a la derecha, aislados o asociados, no faltando nunca el punto epigástrico. Con frecuencia se observan irradiaciones dolorosas al hipocondrio derecho y la escápula, algunas veces a la región lumbar y hasta el muslo derecho; estos dos últimos especialmente en la úlcera duodenal. A la exploración radioscópica de las úlceras y neoplasias, el dolor que se comprueba a la presión varía de sitio en relación con la movilidad de la parte afectada.

En la apendicitis aguda, el enfermo percibe intenso dolor hacia la fosa iliaca derecha; al examen objetivo, la presión determina hiperestesia cutánea en la parte media de la misma región. A la presión profunda se obtienen diversos puntos dolorosos; los más conocidos son: el de Mac Burney, de Lanz, de Morris; el primero de los nombrados se intensifica con la flexión del muslo sobre la pelvis estando la pierna en extensión (signo de Garkowsky); el

punto lumbar, sintomático generalmente del apéndice retrocecal; se producen también muchas veces irradiaciones a la vesícula biliar, esté o no afecta.

En la apendicitis crónica, se observan los mismos puntos dolorosos, aunque menos intensos; la hiperestesia cutánea es más rara. A la exploración radioscópica, el dolor apendicular a la presión cambia de sitio en relación con la movilidad del apéndice.

En la pancreatitis aguda, cualquiera que sea su forma —edematosa, hemorrágica, gangrenosa, traumática, supurada—, el dolor es uno de los síntomas que se destaca; es intensísimo en el epigastrio con irradiaciones a cada lado de la línea media y otras entre la 12ª dorsal y 2ª lumbar, sobre todo a la izquierda, y algunas veces al hombro del mismo lado. Al examen se aprecia sensibilidad cutánea superficial supraumbilical, sobre todo en la pancreatitis edematosa, acompañada de cierto grado de defensa muscular que no existe en las otras formas de pancreatitis (A. Lesage, Boucher, Pepin, G. Lesage); a la palpación profunda se nota sensibilidad marcada en el plexo solar.

En las pancreatitis crónicas no falta el dolor durante su evolución; es supraumbilical y epigástrico, se observa con frecuencia el punto pancreático-coledociano; hay irradiaciones muchas veces al hipocondrio izquierdo bajo el reborde costal, a la escápula, el hemitórax del mismo lado, y a la región lumbar; algunas veces las irradiaciones son precordiales, tomando un tipo pseudoanginoso. El dolor en el plexo solar algunas veces es continuo, verdadera neuralgia de este plexo. Con frecuencia sobrevienen crisis paroxísticas dolorosas, generalmente 3 o 4 horas después de las comidas.

En los cólicos pancreáticos por calculosis, se presentan durante las crisis puntos dolorosos e irradiaciones semejantes a las que se observan en la pancreatitis.

En las nefritis agudas generalmente el paciente acusa dolor en la parte superior de la región lumbar. A la presión profunda en los pacientes de paredes abdominales flácidas, los riñones son dolorosos, comprobándose frecuentemente dolor subcostal anterior, punto piélico, el que como se sabe está situado en el reborde de las falsas costillas, próximo al borde externo del recto mayor, y casi

nunca deja de notarse en las pielo-nefritis o pielitis puras, en las que además se perciben los puntos ureterales superior, medio e inferior. Hay también irradiaciones a distancia, tales son los puntos suprailiaco lateral o parte media de la cresta iliaca, (punto de emergencia de la rama perforante del 12º nervio intercostal); supra-intra-espinoso, encima y adentro de la espina iliaca anterior y superior, (punto en el que el fémoro-cutáneo se desliza por debajo del arco crural); punto inguinal a nivel del orificio externo al canal (corresponde a la rama genital del abdomino-genital).

En la tuberculosis renal se observan los puntos anteriormente enunciados para las nefritis agudas y las pielitis.

En la litiasis renal, el enfermo percibe un dolor sordo en la región lumbar; se aprecian además los puntos dolorosos enunciados anteriormente, aunque no intensos. El dolor se marca con la marcha, la carrera, la equitación, los esfuerzos y la percusión en las apófisis espinosas de la región lumbar.

En el cólico nefrítico, la intensidad del dolor obliga al paciente a tomar una posición antálgica, generalmente doblado en gatillo de fusil o sobre el vientre; todos los puntos dolorosos anteriormente enunciados se presentan intensificados y con irradiaciones hacia la vejiga, el ano, el testículo o el labio mayor correspondiente en la mujer, y hacia la raíz del muslo.

En las afecciones suprarrenales agudas, sub-agudas o crónicas, y entre estas últimas en una de las más frecuentes, la enfermedad de Addisson, el enfermo acusa dolor que localiza en la región lumbar, algunas veces con irradiaciones torácica, hipogástrica, escapular e inguinal. La palpación profunda provoca dolor en el punto solar casi siempre, y muchas veces en la región lumbar en el ángulo costo-vertebral.

Las alteraciones que sufre el bazo en el paludismo, la fiebre tifoidea y la brucellosis, se traducen frecuentemente —sobre todo en la primera enfermedad— por una zona dolorosa en la región esplénica, en el 9º espacio, entre las líneas axilares, punto sobre el que llamó la atención Pagniello; se revela tanto a la presión intensa como a la superficial, y algunas veces se observa hiperestesia cutánea en la misma zona.

Las afecciones prostáticas como la hipertrofia por ejemplo, dan lugar a irradiaciones víscero-sensitivas que se manifiestan por una zona horizontal dolorosa en la parte inferior del vientre y en la región lumbar, de tipo radicular, correspondiente a las raíces dorsales X y XI, y por otras zonas también radiculares de la región sacro-perineal, la parte interna y posterior del muslo, los talones y la planta de los pies, que corresponden a las raíces sacras I, II y III.

La rápida enumeración que hemos hecho de las manifestaciones dolorosas en las afecciones viscerales más frecuentes, permite ver que el dolor no sólo se localiza o es referido al órgano enfermo, sino que también se irradia a los nervios o plexos nerviosos próximos, y a zonas de la periferia más o menos alejadas, unas localizadas en las zonas metaméricas y otras nó.

Siendo el dolor en último término, una sensación afectiva penosa consciente o sub-consciente, debemos tener presente la vía que recorre desde su punto de producción o sea la víscera enferma, hasta el sensorium. También debemos recordar la relación que el sistema simpático de las vísceras tiene con el sistema cerebro-espinal, y la que éste tiene con aquél durante su recorrido desde la piel hasta los centros superiores. Este conocimiento tal vez pueda contribuír a explicar el mecanismo fisiopatológico del dolor visceral.

Las excitaciones producidas en la víscera son captadas por las terminaciones sensitivas que ellas poseen, y transmitidas por sus proyecciones centrípetas, parte de las cuales terminan en el ganglio catenario, determinando fenómenos reflejos que intervienen en el funcionamiento del órgano —como pensaba Francois Frank;— otras penetran directamente en la medula por intermedio de los rami comunicantes que continúan con las raíces cortas, y otras prolongaciones que forma también parte de los rami comunicantes, afluyen al tronco común de las raíces raquídeas (Müller), o al ganglio espinal, como lo ha demostrado J. Ch. Roux y comprobado histológica y embriológicamente Otorino Rossi en 1922. Por último, según las investigaciones experimentales de Campenhout en 1929, todo el sistema nervioso autónomo aparece en el embrión, por la emigración de células de la formación nerviosa de donde proceden los

ganglios espinales (Müller). La existencia de estas últimas conexiones ha sido aceptada por Danielopulu, al ocuparse del estudio anátomo-fisiológico del sistema nervioso vegetativo. Las observaciones separadas de Leriche, Fontaine, Wertheimer y Forster, quienes han producido dolor por excitación de los ganglios y ramos del esplácnico, prueban que contienen fibras centrípetas sensitivas.

Los hechos experimentales de Pines de Leningrado en 1937, quien después de la extirpación de varias glándulas endocrinas en el gato, —entre ellas el páncreas y las suprarrenales— han demostrado en el núcleo intermedio lateralis de la medula, en la zona correspondiente, grupos de células degeneradas, prueban la existencia de alteraciones tróficas, por supresión de las neuronas viscerales de que proceden los estímulos.

De las neuronas sensitivas de la zona intermedio lateralis, en donde terminan las prolongaciones cilindroaxiles emitidas por los ganglios catenarios de que se ha hablado antes, parten prolongaciones que atravesando la línea media de la medula, van hacia el cordón antero-lateral profundo del lado opuesto formando el haz espino-talámico, que asciende atravesando el bulbo, la protuberancia, la calota peduncular, y juntándose a la cinta de Reil penetra en el núcleo antero-lateral del tálamo óptico, donde termina, siendo este gran núcleo el centro de las sensaciones brutas de dolor, presión y temperatura extremas, centro de las sensaciones protopáticas de Head; a partir del tálamo las proyecciones sensitivas se dirigen a la corteza y abordan la zona fronto-parietal, sobre todo parietal, en donde se verifican las sensaciones discriminativas conscientes o epicríticas de Head.

Después de las anteriores consideraciones anátomo-fisiológicas, no podemos omitir la valiosa contribución que Timofew ha aportado en relación con el sistema sensitivo de la piel. Este observador ha descrito en ella pequeños plexos, en los que las fibras mielínicas cerebroespinales y las amielínicas o simpáticas que las constituyen, terminan en los corpúsculos sensitivos. Además, según Müller, la sustancia gelatinosa de Rolando en las astas posteriores, recibe los elementos cilindroaxiles que vienen desde la piel en la zona metamérica correspondiente, y desde este centro hay proyec-

ciones a las astas medulares. Lemaire confirma esta relación, suprimiendo el dolor visceral con la novocainización de la piel en la zona metamérica; Jarricot citado por Aron, ha obtenido igual resultado con la inyección intradérmica de agua destilada.

Hechas las anteriores consideraciones, vamos a exponer las más conocidas concepciones sobre el dolor visceral. La más antigua teoría es la de Mackenzie, que ha sido aceptada por Head, Moss, Forges y muchos en la actualidad. El concepto de Mackenzie sobre el dolor en las afecciones de las vísceras es el siguiente: Un estímulo procedente del órgano enfermo excita las extremidades nerviosas receptivas vegetativas que posee, y es trasmitido hasta el segmento metamérico de la medula en la zona intermedio lateralis; en este punto la prolongación cilindroaxil se conecta con la neurona de segundo orden de esa zona, la que a su vez entra en relación con la neurona sensitiva periférica que procede de la piel (dermatomera) y que ha penetrado en la medula por la raíz posterior. La excitación de origen visceral determina en ese segmento un foco irritativo del que parten irradiaciones que van a la piel, a los músculos y otros tejidos, dando lugar a sensaciones dolorosas referidas a la periferia y a contracciones musculares en la zona metamérica correspondiente; fenómenos que son exponente de la alteración que sufre la víscera, y que Mackenzie ha denominado impropiamente reflejos víscero-sensitivos a los primeros, y a los segundos reflejos víscero-motores.

Danielopulu y Edinger han modificado la concepción de Mackenzie, pensando en que la localización de la conexión entre la neurona medular visceral, no se verifica en ese lugar sino en el ganglio espinal, y después se realiza en la medula.

Forster ha formulado una teoría semejante a la anterior, según la cual las prolongaciones del ganglio catenario y las raíces, convergerían a las células de la base del asta posterior.

Leriche piensa que en las enfermedades de los órganos, el dolor no es referido sino percibido por la misma víscera. Para este eminente observador no existe reflejo víscero-sensitivo ni víscero-motor de Mackenzie; ellos pueden ser algunas veces en la cavidad abdominal la exteriorización del sufrimiento peritoneal, en las

afecciones de los órganos de esta cavidad, pero en general los dolores irradiados y la contractura muscular son la consecuencia de reflejos vasomotores vegetativos parietales de constricción, que determinan hiperestesia de la piel y contractura muscular subyacente.

Fundamenta Leriche su concepto, teniendo en cuenta los hechos experimentales de Francois Frank, y los resultados obtenidos por él y Fontaine, que han hecho desaparecer el dolor con la extirpación del ganglio o ganglios simpáticos correspondientes a la víscera u órgano enfermo, igualmente que con sólo novocainizaciones del mismo. Según él, al recibir el ganglio simpático la excitación que parte de la víscera, da lugar a un reflejo vaso-constrictor, y en consecuencia a la aparición de dolor en diversas partes de la periferia, inclusive hiperestesia de la piel; manifestaciones que desaparecen con la estelectomía o la novocainización del ganglio, como sucede en el angor pectoris y en otras afecciones viscerales.

Wernoe tiene un concepto semejante al de Leriche: acepta los reflejos vasomotores algógenos.

Pottenger, eminente clínico americano, cree que en las afecciones viscerales, la irritación de su sistema nervioso vegetativo que es menos sensible, se trasmite en la medula al sistema cerebro-espinal, más sensible —dadas las estrechas relaciones en que se encuentran— traduciéndose así los impulsos viscerales para el dolor, que sería sobre todo somático.

Verger adopta una teoría ecléctica, combinación de la de Mackenzie y la de Leriche. Piensa que la excitación nacida en el órgano enfermo, se trasmite a la medula por los rami comunicantes y las raíces posteriores, actuando esta excitación sobre un centro reflejo vaso-motor, que determinaría dolor en el dermatómero correspondiente al esplacnómero.

Para Salmón de Florencia, el aparato simpático domina la fisiopatología del dolor, teniendo concepto semejante al de Leriche.

Las concepciones anteriores se pueden sintetizar así:

Para Mackenzie, Head, Pottenger y muchos otros observadores, la excitación partida de la víscera enferma se trasmite por los rami comunicantes directamente a la medula, en la que se excitaría

el sistema simpático y también el cerebro-espinal, y se producirían en consecuencia manifestaciones dolorosas periféricas metaméricas o nó.

Para Danielopulu, Edinger, Forster y otros, las conexiones entre los sistemas simpático y cerebro-espinal serían extramedulares, antes de serlo en la misma medula; las excitaciones partidas de la víscera se traducirían por dolores simpáticos y cerebro-espinales.

Para Leriche, Wernoe y Salmón, la excitación partida de la víscera determinaría en los ganglios catenarios como centro, un reflejo vaso-constrictor, con manifestaciones dolorosas periféricas exclusivamente de origen simpático.

Verger, ya se ha dicho que adopta una teoría ecléctica.

La anterior exposición de las diversas teorías sobre la fisiopatología del dolor visceral, nos permitirá emitir algunos conceptos sobre dos de las más conocidas, o sean la de Leriche y la de Mackenzie.

La concepción de Leriche tiene puntos objetables, que la hacen de difícil aceptación. Ante todo no debemos olvidar que aunque el sistema nervioso vegetativo de las vísceras funciona con cierta autonomía, ésta es relativa, pues el sistema cerebroespinal interviene en su regulación, dadas las íntimas relaciones que conservan. Como ya se ha dicho, las manifestaciones dolorosas son para Leriche la consecuencia de fenómenos reflejos vasoconstrictores, cuyo centro se encuentra en los ganglios simpáticos; estos fenómenos se revelarían no sólo por dolor cutáneo a la altura de la víscera y en partes alejadas, sino también por contractura muscular dolorosa, debida a la deficiente irrigación del músculo; la alteración funcional que produce el dolor, se localizaría pues en el sistema simpático ganglionar, con sus consecuentes manifestaciones reflejas vaso-constrictoras.

Leriche no admite fenómenos dolorosos de origen medular; dice que no puede explicarse las irradiaciones a puntos alejados, quedando indemnes otros intermedios ubicados en el trayecto. Estos puntos de vista repetimos que son inconsistentes. Efectivamente la observación clínica nos hace ver en diversas afecciones vis-

cerales, que los dolores periféricos irradiados presentan una disposición de tipo radicular perfectamente clara: dirección longitudinal en los miembros y horizontal en el tronco. Como ejemplo podemos referirnos al angor pectoris, cuadro en el que hay irradiaciones dolorosas horizontales en la región precordial y sus vecindades, e irradiaciones longitudinales en la parte interna del brazo, antebrazo, mano y dedo pequeño; algunas veces extendidas al cuello y ángulo maxilar, es decir irradiaciones radiculares que corresponden a C8, D1, D2, D3, D4, D5, y C2, C3, C4. Otro ejemplo de proyecciones de tipo radicular es el ofrecido por los dolores de algunas afecciones de la próstata, en las que las irradiaciones dolorosas se presentan en una zona horizontal en la parte inferior del vientre y en la región lumbar, correspondiente a las raíces D10 y D11, y también proyecciones en la parte posterior e interna de los muslos, la región sacroperineal, el talón y planta de los pies, correspondiendo a las raíces S1, S2 y S3.

Llama la atención pues que estas irradiaciones dolorosas sean debidas, como piensa Leriche, a un reflejo vasoconstrictivo capilar a punto de partida ganglionar simpático y cuya exteriorización pensamos debería ser irregular, puesto que presentan en cambio siempre el mismo tipo de aspecto radicular, lo que indica positivamente su origen medular.

En cuanto al fenómeno en virtud del cual los estímulos dolorosos actúan sólo sobre ciertos centros nerviosos, dejando indemnes otros intermedios, debemos recordar que la clínica proporciona hechos semejantes; en las enfermedades a virus neurotropos como la neuro-axitis, la rabia, la poliomielitis, etc., se puede ver cómo las agresiones se ejercen sobre centros muchas veces bien alejados unos de otros, escapando de ser lesionados algunos otros situados en el trayecto.

No nos atrevemos a interpretar este fenómeno que es positivo, porque son necesarios estudios profundos que den luz sobre este punto de patogenia, cuyo mecanismo íntimo nos es desconocido aún, y nada avanzaríamos formulando hipótesis.

En cuanto al fundamento de la concepción de Leriche,— la desaparición del dolor visceral y de sus irradiaciones por extirpa-

ción de ganglios simpáticos o su novocainización —debemos considerar que el dolor se suprime no sólo por que cesa la vasoconstricción que en muchos casos contribuye a la producción del dolor, sino sobre todo por que se produce la interrupción de la vía que transmite las excitaciones hasta los centros afectivos inferiores, sin cuyo concurso no es posible la percepción del dolor.

Nosotros nos adherimos a la antigua concepción de Mackenzie sobre el dolor en las afecciones de las vísceras, pero con las reservas que se hacen necesarias ante los estudios neuro-histológicos recientes, a los que ya nos hemos referido. Dicha concepción la podemos formular así: el estado irritativo de una víscera u órgano como consecuencia de una inflamación, alteración circulatoria, contracciones intensas, etc., sensibiliza los elementos nerviosos que posee, haciendo dolorosa la víscera, órgano o serosa afectada, de la que parten excitaciones que van a la zona medular metamérica correspondiente — atravesando, por supuesto, antes el ganglio o cadena ganglionar regional—; pero la excitación medular se transmite no sólo por intermedio de los rami comunicantes como creía Mackenzie, sino también por las prolongaciones cilindroaxiles que afluyen directamente al ganglio espinal respectivo y al tronco común formado por las raíces espinales. A su vez el centro medular excitado emite irradiaciones a la zona metamérica de la piel, que se hace también dolorosa, constituyendo el fenómeno que Mackenzie ha denominado impropiamente reflejo víscerosensitivo, pero al mismo tiempo se produce un reflejo de contracción en el músculo subyacente a la piel dolorosa, reacción que Mackenzie ha denominado reflejo víceromotor.

Las irradiaciones dolorosas, además de ser metaméricas, se propagan a centros medulares más o menos alejados, que determinan también irradiaciones a los miembros o al tronco, pudiendo tomar con frecuencia el tipo radicular. Las excitaciones dolorosas no sólo quedan limitadas a las anteriores, sino que hay otras cuyo punto de partida está en los ganglios catenarios; éstos también, siendo sensibilizados por la excitación partida de la víscera, emiten irradiaciones a los plexos nerviosos vecinos con los que se encuentran conectados. Esto pasa por ejemplo en la cavidad abdominal,

en la que es sensibilizado el plexo solar, plexos secundarios y aún un solo nervio, como el frénico, que se torna doloroso con gran frecuencia en las afecciones del hígado, vesícula y vías biliares, etc.; este último nervio también se encuentra doloroso en ciertas afecciones de la cavidad torácica, como la pleuresía mediastinal, etc.

Los fenómenos de irradiación dolorosa en variadas direcciones, a que nos hemos referido, no son sino reproducción en el organismo de hechos experimentales de los fisiólogos antiguos y modernos, los que han demostrado que una excitación en cualquier punto del trayecto de un nervio sensitivo es capaz de producir dolor que se propaga en varias direcciones.

Al dar término a nuestra ponencia, deploramos no haber aportado un contingente apreciable; deficiencia que excusamos con el interés que tuvimos al aceptar el honroso encargo de nuestros colegas, superior a nuestros mayores esfuerzos.

Dolor y Toxicomanía

Por el Profesor MAXIMILIANO RUEDA (Bogotá)

DOLOR Y TOXICOMANIA

Por el Profesor MAXIMILIANO RUEDA (Bogotá)

El Comité organizador de las Jornadas Psiquiátricas de la ciudad de Lima me ha distinguido honrándome con una ponencia, sobre el tema profundamente atractivo con que se encabezan estas líneas, y debo confesar que me he sentido profundamente halagado al desarrollar este tema médico-psicológico, ilusionándome con la idea de contribuír, siquiera de una manera modesta, a la lucha contra la toxicomanía que conmueve hoy a los centros científicos y docentes de todas las naciones civilizadas, y esto, ante una reunión de los profesores más connotados de América en el difícil ramo de la medicina, al que han dedicado su poderosa inteligencia y toda la fuerza de su voluntad. Tarea difícil y casi imposible para mí la de hacer una exposición digna de ser anotada, en un recinto en donde se han oído conceptos y exposiciones de la más alta autoridad científica; sería pretensión de mi parte pensar que me fuera posible decir algo nuevo sobre este tema; la XVI REUNION NEUROLOGICA INTERNACIONAL anual, celebrada en París del 8 al 19 de julio de 1937, tuvo por tema el dolor considerado en todas sus fases y allí fué expuesto y discutido este asunto, tan interesante, tan antiguo como el hombre, y siempre nuevo, por un grupo de distinguidos neurólogos y psiquiatras de habla francesa. Los filósofos, los fisiólogos, los anatomistas, los místicos de todos los tiempos, razas y religiones, han abordado el estudio del dolor, y lo han considerado bajo todos sus aspectos, sin que se haya

logrado jamás agotar esta materia; mientras la humanidad subsista, será el dolor punto de estudio, de meditación y de controversia.

El problema de la toxicomanía por las llamadas drogas heroicas, y entre ellas el opio y sus derivados, único que abordaré en este estudio, puede considerarse como uno de los más interesantes que se presentan hoy a la consideración de los sociólogos y sus naturales aliados, los psiquiatras; es una ola que avanza, ahogando en su turbio remolino mayor número de víctimas cada día; si por espacio de siglos la intoxicación por el opio permaneció aislada en los países orientales —que fueron su cuna—, desde mediados del siglo pasado invadió a Europa y de allí al resto del mundo, pues no hay país sobre la tierra que pueda hoy considerarse libre del terrible flagelo.

En vano los legisladores se preocupan por dictar disposiciones cada vez más severas, pretendiendo ahogar en una red legal a esta hidra de cien cabezas; en vano los moralistas dictan conferencias, escriben artículos y hacen por cuantos medios están a su alcance, una tenaz propaganda para mostrar el peligro que amenaza al que se inicia en la fatal pendiente de la intoxicación opiácea; en vano los médicos presentan los cuadros pavorosos de las víctimas del opio: éste vive, resiste a todos los ataques y no ha sido posible hasta hoy encontrar una valla que oponer a su incesante avance. Quizá el verdadero remedio lo encontremos, no en la legislación drástica, no en la enseñanza por el folleto o la conferencia, sino en el profundo estudio de las causas que llevan al hombre a buscar en esta intoxicación los llamados paraísos artificiales y modificando estas causas, atacando, no al enfermo, sino al sano, sabiendo guiar al que vacila, previendo con mirada vigilante el abismo que muchos tienen en su camino, pueda evitarse, —si no la caída de todos— por lo menos la de una gran parte de ellos.

Quienes han estudiado a fondo el problema de la toxicomanía, han llegado a la conclusión de que las causas que la motivan son varias: 1ª. Una causa terapéutica; 2ª Una causa de orden afectivo, ya permanente o transitoria, concepto de inferioridad, temor, vanidad, necesidad de sedación moral, en una palabra, las mismas causas que a otros llevan al suicidio. ¿Y no es también la intoxi-

cación por el opio un suicidio? 3ª Contagio, dentro del cual podemos incluír la curiosidad, que tantas víctimas causa, no solamente en el punto que estudiamos, sino en muchos otros; no está fuera de lugar llamar la atención hacia el hecho tan frecuente de que el intoxicado busca el modo de contagiar a otros, y podría citar varios casos que he conocido ampliamente en mi práctica, en los cuales el intoxicado recibió con repugnancia la primera inyección de morfina, obligado y aun reducido a la fuerza por un antiguo morfinómano.

Siendo el objeto de mi estudio las relaciones que existen entre el dolor y la toxicomanía, únicamente debo considerar la primera causa de intoxicación antes anotada, o sea la terapéutica. El hecho en sí mismo sucede con la mayor sencillez y creo que no hay un médico con alguna práctica a quien no le haya tocado actuar en un caso semejante: una enfermedad dolorosa, cólico hepático, nefrítico, apendicular, neuralgia, etc., obligan al práctico a la administración de una dosis de morfina que calma el dolor de una manera completa, el enfermo experimenta una de las sensaciones más intensas de placer que puedan obtenerse, la cesación del dolor; al cabo de unas horas el dolor retorna con mayor o menor intensidad y la dosis de morfina es reclamada, el médico accede y el caso se repite, hasta que éste opta por negarse a la nueva aplicación de la droga; entonces el enfermo se la aplica, prescindiendo de la opinión del facultativo, o bien, como en otros casos, que desgraciadamente he conocido, es el mismo médico quien continúa las aplicaciones, ya para librarse de las insistentes súplicas del enfermo, ya por ignorancia e incapacidad de buscar una terapéutica que cure el dolor, diferente de la fácil y segura de la aplicación del opio.

El problema así planteado es de tan gran sencillez que no nos sería posible sacar de él ninguna consecuencia práctica; es necesario profundizarlo y estudiarlo en sus detalles: la primera cuestión que se presenta es el análisis del dolor como signo patológico.

El dolor es un problema psicológico, es un estado de conciencia del tipo afectivo, uno de los tipos fundamentales de la afectividad. Tanto los fisiólogos como los psicólogos están de acuerdo en

este punto: el dolor es una modalidad de la sensación recibida en la superficie cutánea por puntos específicos, doloríferos, es decir, terminaciones nerviosas que reaccionan a una presión simple por una sensación muy ligera de dolor; esta sensación se propaga con mayor lentitud que las demás, su trasmisión al cerebro se hace por los haces sensitivos de la medula hasta la región talámica. No solamente la piel está provista de puntos doloríferos; la membrana del tímpano, por ejemplo, los tiene en abundancia, la mucosa bucal, al nivel de las segundas molares, está desprovista de ellas, en cuanto se refiere a los dolores viscerales parece que la trasmisión dolorosa se hace por medio del simpático. En tal caso, el estudio fisiológico del dolor no entra en el programa que me he trazado y se encuentra ampliamente descrito, tanto en las comunicaciones a la XVI Conferencia de Neurología de París, a que ya he hecho referencia, como en los tratados de fisiología.

Podemos considerar que el dolor ha sido impuesto por la naturaleza a los seres animados y especialmente al hombre, en quien parece que exista una sensibilidad más marcada que en el resto de los animales de la creación, como un elemento de defensa, como un aviso que la naturaleza diera para todo aquello que ponga en peligro la integridad material del ser. En efecto, si meditamos en lo que sucedería al borrar de la sensibilidad general la especial del dolor, y más aún, si cambiásemos la sensibilidad en tal forma que las causas de dolor lo fuesen de placer y viceversa, podemos afirmar categóricamente que la especie desaparecería con seguridad en un breve transcurso de tiempo: por el dolor sabemos que nuestros tejidos son atacados por el fuego, que un cuerpo agudo o vulnerante en cualquier forma, nos hiere, e innumerables veces es el dolor quien nos advierte que somos presa de una enfermedad, aún más, la sensación cenestésica que acompaña cualquier mal funcionamiento orgánico, podemos en cierta manera referirla a una sensación de dolor; por otra parte, la experiencia lleva al hombre a evitar todas aquellas causas de dolor que le son conocidas, es decir, lo obliga a una profilaxia,— por así decirlo, —de todo aquello que pueda alterar su organismo, porque ya ha despertado en él una sensación de dolor, de modo que debe considerarse a éste como

un elemento necesario e indispensable para la vida del hombre sobre la tierra; pero hay más todavía: no solamente el dolor nos precave contra las causas que antes lo motivaron, para lo cual es necesario en muchos casos un análisis que requiere conocimientos que no todos pueden tener, sino que nos hace evitar el mismo dolor por cuantos medios están a nuestro alcance y produce en nosotros un estado afectivo especial, que lleva a la ansiedad cuando tememos la aparición del dolor.

No está demás recordar la famosa experiencia de Wundt, quien trata de demostrar con ella que no solamente existen las direcciones placer y dolor en el tono afectivo, sino que hay un tercero peculiar: si escuchamos con atención moderada una serie de golpes que se suceden con lentitud, nuestra atención mientras aguarda el sonido del golpe próximo, se halla en un estado especial de tensión que se traduce por una reacción emocional fija; tan pronto como hemos oído el golpe se produce un alivio; para algunos experimentadores el estado de tensión se confunde con el dolor; en todo caso este experimento demuestra de una manera clara cómo la espera de una sensación no dolorosa en absoluto, como es el golpe de un metrónomo, provoca un estado emocional llamado de tensión, perfectamente notorio por las variaciones del pulso y la respiración cuidadosamente anotados, análogas a las reacciones cardíacas y respiratorias que traducen somáticamente el dolor; de modo, pues, que si la espera es de una sensación dolorosa, el estado de tensión es necesariamente más intenso y se presentará con los caracteres de la angustia. Por otra parte, la observación enseña que hay individuos de una sensibilidad mucho mayor para las sensaciones dolorosas que la de otros; la mujer, por regla general, está dotada de una resistencia muy superior al dolor, que el hombre; natural es que así sea, desde luego que la naturaleza la dotó con el privilegio de la maternidad y los dolores intensos que son su consecuencia. Y la experiencia diaria nos enseña a los médicos la diferencia tan grande que existe en una enfermedad dolorosa, cuando se trata de enfermos de los dos sexos: el hombre se acobarda, se aniquila, exige el alivio inmediato y llega en algunos hasta el suicidio, por un dolor que pudiera ser fácilmente remediable. Conozco el caso de

quien se haya suicidado por una odontalgia. En las distintas razas de la especie humana también se encuentran diferencias en la resistencia al dolor: la raza negra presenta una sensibilidad dolorosa inferior a la de la raza blanca; en los salvajes también es menor que en el hombre civilizado; el género de vida, las condiciones de la existencia, la profesión, producen asimismo variaciones bastante notorias, lo cual no es de extrañar, dado el principio de que el dolor es un estado afectivo especial, de modo que todas aquellas causas que modifiquen en alguna manera la afectividad del individuo, obrarán haciéndole más o menos susceptible a la sensación dolorosa.

"Dejando de lado todo elemento psíquico del dolor", dice Jean Dechaume, es cierto, como lo decía ya André-Thomas, que hay una individualidad sensitiva del paciente. Leriche piensa "que no somos todos iguales delante del fenómeno dolor: unos sufren en donde otros no sufren y es nuestro temperamento el que, bajo este punto de vista, nos diferencia del vecino". La causa de este temperamento es la regulación vaso-motora, el equilibrio del funcionamiento simpático, la calidad propia de nuestras secreciones hormonales y de nuestros humores. Ciertas hiperestesias que podrían ser consideradas como psíquicas y que influencian el psiquismo son esencialmente orgánicas. La personalidad humoral y vaso-motora marca con su nota propia el dolor. El temperamento interviene para reglar la intensidad del dolor y la tonalidad de la sensación. El dolor es el resultado del conflicto de un excitante y del individuo entero".

Es de observación común que el médico en general es de los individuos que presentan menor resistencia al dolor, —¿qué otro profesional hay en quien el estado afectivo sufra mayores choques?— y por consiguiente se haga más sensible, de acuerdo con la ley de iteración de Spencer, según la cual, del mismo modo que por el continuo transitar llegan a formarse los caminos, así las neuronas, en fuerza de ser objeto de repetidas excitaciones, van constituyendo vías de asociación cada vez más determinadas, canalizando los estímulos exteriores. La profesión médica obliga a sus adeptos a una intensa vida afectiva sujeta a represión continua; el médico

no debe exteriorizar jamás el tono afectivo que la vista del dolor despierta en él; pero si es capaz de dominar las manifestaciones exteriores de su emoción, no puede lograr que el dinamismo de que están cargadas las sensaciones que su profesión le obliga a recibir, sea destruído, y éste, necesariamente busca salida al exterior, por medio de una derivación, la cual se encontrará facilitada en el momento en que el dolor lo ataca y entonces, al tono emocional que la sensación dolorosa produce en él, vendrán a sumarse todas las emociones anteriores, que como se ha dicho antes, han sido reprimidas y han permanecido en el subconsciente. Así me explico el fenómeno anotado de que el médico, por regla general, sea más susceptible al dolor por causa de su misma profesión. Y todavía puede agregarse que la medicina es la ciencia que busca por todos los caminos y medios el alivio del dolor; el médico necesariamente se siente impulsado a remediar a la mayor brevedad todo fenómeno doloroso; es lógico concluír que buscará con mayor ahinco el alivio del dolor, cuando lo experimenta en su propio organismo.

Los sujetos de una emotividad aumentada, sin llegar todavía al estado patológico, son más vulnerables y presentan una menor resistencia que aquellos cuya naturaleza no adolece de tal estado afectivo, y no solamente presentan una resistencia menor a la sensación dolorosa, sino que como consecuencia su estado afectivo, emocional de espera, será de una intensidad mucho mayor; la perspectiva de una sensación dolorosa que pueda sobrevenir, llega a alterar su psiquismo en tal forma, que son incapaces de medir las consecuencias que pueda traerles la costumbre del tóxico, no para evitar un dolor, sino para ahogar el temor de que éste pueda sobrevenir; el estado afectivo de un emotivo se resiente más con el temor que con la aparición del hecho real, la imaginación obra aquí de una manera capital y sabido es cómo la imaginación está ligada a un factor afectivo, y este factor, como dice T. Ribot, no cede en importancia a ningún otro; es el fermento, sin el cual no sería posible ninguna creación; el temor, producto directo de la imaginación; es el padre de los fantasmas, de supersticiones sin número, de prácticas religiosas absolutamente irracionales y quiméricas, de las inspiraciones melancólicas, del delirio de los hipocondríacos; la

emoción proporciona el resorte necesario para las combinaciones imaginativas, les imprime un color propio y contribuye a su originalidad.

Si por otro lado consideramos el efecto, que en un enfermo que sufre de un dolor, produce la aplicación de una dosis terapéutica de opio, vemos con una rapidez, a menudo inesperada, que el sufrimiento desaparece, la calma se apodera del paciente, las funciones orgánicas son más activas, el espíritu es presa de un agradable ensueño; las ideas vienen sin esfuerzo, son siempre agradables, ingeniosas, las tristes desaparecen y la vida toma un aspecto alegre. Thomas de Quincey ha dado de la intoxicación por el opio una descripción que considero no está demás citar: "Oh justo, sutil y poderoso opio! A los corazones de los pobres y de los ricos, a las heridas que no curarán jamás, a la desesperada angustia, tú llevas un bálsamo consolador. Elocuente opio, con tu retórica irresistible disipas los proyectos del furioso, tú vuelves, por una noche, al hombre culpable las esperanzas de la juventud y lavas la sangre de sus manos... Sólo tú haces tales presentes al hombre, tú eres quien posee las llaves del paraíso, Oh justo, sutil y poderoso opio!"

Quitando a la descripción que precede todo lo que la imaginación poética del autor agrega a la influencia del opio sobre el estado psíquico, siempre nos queda una gran parte de verdad, que demuestra la poderosa acción de esta droga sobre el sistema nervioso, el agrado extraordinario, el sentimiento profundo de placer, la calma y sedación que produce, no solamente sobre el elemento puramente físico del dolor, sino quizá con mayor intensidad, sobre el elemento psíquico y emocional, y hemos visto cómo este último influye de una manera directa, y me atrevo a decir decisiva, en la necesidad que acusan los enfermos para la aplicación del sedativo cuando la acción de la dosis anterior ha terminado; es necesario que recordemos que de la misma manera que el estado mental modifica la manera de sentir y de sufrir a los individuos, como antes se ha dicho, así los dolores prolongados modifican el estado psíquico de los enfermos.

Sin duda la educación, las doctrinas religiosas que se profesen, el medio en el cual haya actuado un individuo, tienen una influencia poderosa sobre la manera cómo éste reaccione ante el dolor: si repasamos la historia de los pueblos, encontramos cómo en la antigüedad, al niño de Esparta se le enseñaba desde su más tierna infancia a despreciar el dolor y cabe recordar aquí la anécdota del joven espartano que se dejó devorar las entrañas por un zorro que había robado, antes que confesar que lo tenía oculto debajo de su túnica. El pueblo romano nos da también un claro ejemplo de lo que la educación es capaz de hacer de un individuo frente al dolor. Recordemos el episodio tan conocido de Musio Scévola y tantos otros cuya relación nos llevaría demasiado lejos en esta exposición. En los tiempos presentes también encontramos ejemplos de resistencia especial de ciertos sujetos a lesiones profundamente dolorosas: el boxeador que termina una pelea con una fractura de la muñeca, el footbolista que rehusa retirarse del campo con una luxación. Conocidos por todos son también los ejemplos de los místicos, que consideran el dolor como una necesidad espiritual y no sólo no lo rehuyen, sino que lo buscan en la penitencia y consideran que es un medio de perfeccionamiento y de aproximación a la divinidad. Debe tenerse en cuenta que en todos estos casos se trata de individuos sanos, a quienes no aqueja ninguna enfermedad que coloque su organismo en estado de inferioridad, porque debemos recordar lo que respecto a la repercusión de los dolores sobre el estado mental dice Peron en su comunicación a la reunión neurológica tantas veces citada: "Raros son los individuos que pueden aceptar con serenidad, sin modificaciones psíquicas, las excitaciones dolorosas repetidas: por regla general, el gran doloroso orgánico, sincero, sufre poco a poco la influencia de su enfermedad; bajo el punto de vista psiquiátrico no se produce inmunidad frente a los fenómenos dolorosos: hay más bien una sensibilización progresiva, el enfermo a fuerza de sufrir lleva a un grado extremo el análisis de su padecimiento"; o sea la doctrina expuesta anteriormente de que el dolor, fenómeno afectivo, modifica intensamente la misma afectividad y produce en el paciente un estado emocional permanente, hasta provocar un fenómeno de angustia, y en tales

enfermos la influencia del opio modifica a su vez, de una manera profunda, el estado psíquico, de tal modo que a la influencia depresiva de la enfermedad, del dolor acompañado del temor en los momentos de calma, se agrega la influencia de que antes he hablado, de la sedación física y psíquica tan poderosa del opio y sus derivados, y todavía debemos agregar que cuando las dosis han sido repetidas, sobreviene el estado especial de angustia que la falta de droga ocasiona en quien ha adquirido la costumbre. Llega un momento en que el médico, ante las exigencias del enfermo, se encuentra incapacitado para distinguir si se trata realmente de un fenómeno doloroso, persistente, que requiera la aplicación inmediata del sedativo, o si es pura y simplemente una necesidad de la droga que ya se ha apoderado del paciente; son múltiples los ejemplos que pudiera citar, de enfermos a quienes se les ha hecho una o más aplicaciones de morfina para un fenómeno doloroso y que continúan reclamando la nueva inyección, porque —a su decir— el dolor vuelve a presentarse con igual intensidad, y se obtiene la calma con una simple inyección de agua destilada y una vez descubierto el engaño, desaparece el fenómeno doloroso, casos que nos demuestran, de una manera clara y evidente, cómo no era un dolor lo que aquejaba al enfermo, sino una necesidad de creer que se había aplicado una terapéutica eficaz para evitar el sufrimiento que antes le aquejaba.

Me parece oportuno citar una observación de un enfermo, que demuestra de manera palpable cómo la sugestión y el temor obran sobre el fenómeno dolor y su desaparición, por la terapéutica que el paciente considera eficaz: se trata de un individuo de 40 años de edad, quien sufría de una infección sifilítica, con reacción Wassermann positiva en el suero sanguíneo; padecía de una fobia de la sífilis nerviosa y se presentó a consultarme por qué todas las mañanas, al despertar, sufría de una violenta cefálea; inmediatamente ocurría a donde un farmacéuta, quien le aplicaba una inyección de Mutanol y el dolor desaparecía casi inmediatamente después de la inyección, para reaparecer a la mañana siguiente, hasta que se hacía aplicar la nueva inyección. Como en este tratamiento llevaba ya algún tiempo, presentaba signos muy marcados de intoxicación

por el bismuto y la cefalea continuaba con igual persistencia; encontramos en esta observación, de una manera clara, cómo el estado emocional de temor llevaba al enfermo a presentar un signo doloroso y cómo la aplicación de un medicamento, que no tiene ninguna acción directa sobre el elemento dolor, obra sobre su psiquismo, únicamente influyendo sobre su estado afectivo, haciéndole pensar que la aplicación de una droga antisifilítica combatía la sífilis nerviosa de que se creía víctima. Por demás está decir que ni el examen somático del enfermo, ni el del líquido cefaloraquídeo presentaban signos de sífilis nerviosa. Este enfermo curó únicamente por métodos psicoterápicos y la cefalea no volvió a presentarse.

De todo lo que he expuesto hasta aquí, pueden deducirse diversas consecuencias, que considero de algún interés para la lucha contra la toxicomanía de origen terapéutico, o sea la motivada por un síntoma doloroso.

La primera y quizá a la que doy mayor importancia, es la necesidad educativa del niño, de hacerlo fuerte contra el dolor, de darle una resistencia moral y física capaz de soportar los dolores que necesariamente han de presentársele en el curso de su existencia, por una u otra causa y saber que no debe apelar al medicamento, sino en un caso extremo. Considero que el mejor método educativo a este respecto, la verdadera profilaxis, consiste en el desarrollo de la educación física, la intensificación del sport: boxeo, foot-ball, etc. Es muy raro que un individuo dedicado al sport venga a ser un toxicómano.

Viene luego la vigilancia estricta del médico sobre el síntoma dolor, el diagnóstico preciso, a veces muy difícil de su real existencia, la imposibilidad en un momento dado de una terapéutica distinta de la fácil, segura y tan extremadamente peligrosa, de la inyección de morfina; recordar, cuando se halla en presencia de una enfermedad dolorosa, que ésta obra de una manera intensa sobre el psiquismo del paciente, que el dolor es un fenómeno afectivo y que por consiguiente su estado de emotividad le hace presentar manifestaciones que no obedecen a una realidad objetiva, puesto que su juicio se halla trastornado por su afectividad, desordonada en este momento. Así como antes pido la intensificación de

la educación física en la niñez, ahora abogo por la intensificación de la enseñanza de la psicología en las Facultades de Medicina.

Estoy seguro de que si laboramos conjuntamente en la educación del futuro enfermo y en la de su futuro médico, lograremos quizá borrar de la etiología de la toxicomanía la causa llamada terapéutica, por los autores que se han ocupado de esta materia.

BIBLIOGRAFIA

Rogues de Fursac. Manuel de Psychiatrie.
Emilio Mira y López. Manual de Psiquiatría.
William S. Sadler. Theory and Practice de Psychiatry.
A. Baudouin et H. Schaeffer. Physiologie et Pathologie Generale de la Douleur.
Jean Dechaume. La Douleur dans les maladies organiques du systeme nerveux: nerfs peripheriques.
O. Crouzon et Henri Desoille. Diagnostic de la realité de la douleur.
Noel Peron. La douleur vue par un psychiatre.
René Leriche. Neurochirurgie de la douleur.
Jorge Dwelshauvers. Tratado de Psicología.
Abel Rey. Psicología.
P. Julio de la Vaissiere. Elementos de Psicología experimental.

La Hipocondría y los Estados Hipocondríacos en Medicina Legal

por el Relator Doctor JOSE MARIA ESTAPE

LA HIPOCONDRIA Y LOS ESTADOS HIPOCONDRIACOS EN MEDICINA LEGAL

POR EL

RELATOR: DOCTOR JOSE MARIA ESTAPE,

Profesor de Antropología Criminal en el Instituto de Estudios Superiores de Montevideo (Uruguay), Médico-Jefe del Servicio de Criminología, Presidente de la Sociedad Uruguaya de Criminología.

Definición de la Hipocondría: "La Hipocondría es el estado psico-físico que presentan aquellos individuos que viven siempre preocupados por su salud, exagerando sistemáticamente sus males o creándolos con la imaginación".

Es a GALENO a quien corresponde el mérito de haber insistido sobre la **Hipocondría**, sosteniendo su origen hepático (Hipocondrio derecho) o esplénico (Hipocondrio izquierdo): es la teoría orgánica sobre la Hipocondría.

El concepto de Hipocondría se impone soberanamente en el campo de la Medicina, hasta que Beard en 1860 creó el concepto de **Neurastenia**, que tuvo gran éxito y que se apropió los elementos fundamentales de la Hipocondría.

BEARD distingue una **Neurastenia** a sintomatología psíquica o **Cerebrastenia** y una **Neurastenia** a sintomatología física o **Mielastenia**: a las cuales se le agrega la **Neurastenia** con una doble sintomatología psíquica y física, la **Cerebro-mielastenia**.

PIERRE JANET en 1894 introdujo el concepto de **Psicastenia**, apropiándose de los elementos fundamentales de la **Cerebrastenia** de BEARD.

Un poco más tarde, SEGISMUNDO FREUD introdujo el concepto de **Psico-neurosis de Angustia** que se impuso ampliamente.

Por otra parte, DUPRE y LOGRE aislaron la **Constitución Hiperemotiva** y su hermana gemela, la **Constitución Ansiosa**.

El Profesor ABADIE en 1930, introdujo en Neuro-psiquiatría la **Constitución Hipocondríaca** y así como Flaubert en su célebre novela "Madame Bovary" fundamenta la Doctrina que más tarde JULIO DE GAULTIER llamó "Bovarysmo", así también MOLIERE en su famosa comedia "El enfermo imaginario" fundamenta la doctrina que más tarde el Profesor ABADIE llamara "Arganismo" (que viene de Argan, el enfermo imaginario de Moliére).

Nosotros nos quedamos con la definición propuesta en 1905 por P. ROY: **la Hipocondría es la preocupación exagerada o sin fundamentos sobre la Salud.**

¿La Hipocondría es una enfermedad?

Siendo la enfermedad en Patología General, un proceso psico-fisio-orgánico a patogenia única y a etiología determinada, la Hipocondría respondiendo a una patogenia múltiple y a una etiología indeterminada, no corresponde considerarla como una enfermedad.

¿La Hipocondría es un Sindroma?

Siendo el Sindroma en Patología General un Proceso psico-fisio-orgánico a patogenia diversa y a etiología múltiple, la Hipocondría podría encararse como un Sindroma Neuro-psiquiátrico.

¿La Hipocondría es un síntoma?

¿Es algo subjetivo, revelado por la conciencia del enfermo y que domina toda la Personalidad?

La **Hipocondría** es algo más que un síntoma, puesto que se nos revela al Análisis Mental (Profesor AUSTREGESILO) como un conjunto abigarrado y heterogéneo, un verdadero mosaico de signos y síntomas, con una evolución determinada.

En la Clínica Neuro-psiquiátrica podemos distinguir una Hipocondría primitiva y una Hipocondría secundaria.

La **Hipocondría primitiva** responde desde el punto de vista patogénico a estas 4 posibilidades: 1, sería un Desarrollo psicopático; 2, sería un Proceso psicótico; 3, sería una Reacción psicopática y 4, sería una Situación psicopática.

La **Hipocondría primitiva** podría ser en algunos casos la etapa final en el curso del desarrollo de la llamada **Constitución Hipocondríaca** (ABADIE), concebida como una verdadera **Personalidad psicopática Hipocondríaca** (J. M. ESTAPE).

La Doctrina orgánica o humoral asigna un "substratum anatomo-fisiológico" a la Hipocondría, así: GALENO hablaba de un doble origen hepático o esplénico; SCHULE la consideraba como una "Neurosis del Sistema Nervioso ganglionar"; BROUSSAIS como una "Gastroenteritis"; BEAU como una "Dispepsia flatulenta; BOUCHARD y su Escuela como una "Auto-intoxicación"; GILBERT como una "Melancolía biliar"; HEAD y su Escuela como un "Dolor reflejo en las Visceroptías", etc.

La Doctrina psíquica, por el contrario, admite una patogenia psicógena y una etiología también psíquica (Traumatismo Psicoafectivo-sexual), obrando según la "Regla de las acciones bruscas" (macrotraumatismos) o según la "Regla de los pequeños efectos que se suman" (micro-traumatismos).

Por último, la Doctrina Psico-orgánica se puede resumir así: "una perturbación funcional y visceral puede localizar y fijar una Tendencia hipocondríaca constitucional". (CLAUDE y LEVY-VALENSI).

La patogenia psico-orgánica de la Hipocondría y de los Estados hipocondríacos está regida por la **Ley de los 3 órdenes de causas: causas eficientes, causas ocasionales o localizadoras y causas determinantes**". (J. M. ESTAPE).

La "causa eficiente" está representada por el Terreno o Predisposición Neuro-psicopática, que el Profesor ABADIE denomina "Constitución Hipocondríaca" o mejor dicho "Personalidad Psicopática Hipocondríaca".

La "causa ocasional o localizadora" está representada por las alteraciones orgánicas, humorales o funcionales de la Sensibili-

dad visceral o Cenestesia, cuyo substratum anatomo-fisiológico sería el Sistema Neuro-vegetativo o Vago-simpático.

La Cenestesia tendría, según CLAUDE y LEVY-VALENSI, estas 3 funciones principales: 1. Rol regulador del Tono afectivo, 2. Rol identificador de la Personalidad humana y 3. Rol vigilante de la Vida orgánica (señal de Alarma).

Esta Sensibilidad común y obtusa llamada Cenestesia, tendría, aplicando un "esquematismo geométrico" de cierto "valor pragmático" sus sensaciones, ilusiones, alucinosis y alucinaciones cenestésicas. Además haría entrar en juego a la Introspección y a la Endospección (Endoscopia de SOLLIER).

De modo que podríamos plantearnos con CLAUDE y LEVY-VALENSI el siguiente problema de Psicología Patológica: ¿Conjuntamente con las Introspecciones y Endospecciones cenestésicas, existen verdaderas alucinaciones cenestésicas?

En la "Escala de los Valores lógicos" (Posibilidad, Probabilidad, Certeza y Evidencia), esto es probable pero no evidente.

En efecto: el **Tipo hipocondríaco** descrito por SEGLAS y DELMAS, es un verdadero "nosómano" o sea un "maníaco de la enfermedad", respondiendo aparentemente a un "Delirio sistematizado Paranoico" o sea la "Paranoia Hipocondríaca", en la cual predomina la "interpretación delirante endógena" sobre la "interpretación delirante exógena", característica del "Perseguido-perseguidor hipocondríaco", que es un verdadero paranoico.

El "nosómano" de Seglás y Delmas posee una Personalidad psicopática compleja, donde se mezclan elementos de las series Ansiosa, Hipocondríaca y Paranoica.

CLASIFICACION CLINICA DE LOS ESTADOS HIPOCONDRIACOS

Podemos distinguir con CLAUDE y LEVY-VALENSI, 2 Tipos clínicos bien delimitados: 1, el Tipo hipocondríaco simple y 2, el Tipo hipocondríaco delirante.

El Tipo Hipocondríaco simple corresponde a la "Preocupación hipocondríaca simple", condicionada por la "duda sistemática",

que se comporta como un enfermo que vive bajo la amenaza o el Temor de una enfermedad y que lo obliga a solicitar asistencia médica.

El **Tipo Hipocondríaco delirante,** por el contrario respondería a la "Preocupación hipocondríaca delirante", condicionada por la "convicción hipocondríaca delirante" que se comporta como un enfermo perseguido y melancólico, "irremediablemente condenado", que espera la Muerte o si no como un enfermo perseguido y reivindicador, sediento de Venganza.

La **Hipocondría simple** presenta 3 órdenes de elementos psicopatológicos: 1, perturbaciones cenestésicas; 2, ansiedad y 3, angustia.

Con CLAUDE y LEVY-VALENSI podemos distinguir 4 Tipos clínicos en la Hipocondría simple: 1, el Cenestópata, 2, el pequeño melancólico Hipocondríaco; 3, el nosofóbico y 4, la Psicosis de Angustia.

El **Cenestópata** de DUPRE y CAMUS, son verdaderos "alucinósicos" de la Cenestesia, sin interpretación delirante y con conciencia de su estado patológico.

El "**pequeño melancólico Hipocondríaco**" es en general un "Deprimido constitucional", que hace en el curso de una crisis depresiva, una serie de preocupaciones morbosas sobre la Salud: todo esto perfectamente curable.

El "**nosofóbico**" es un obcecado constitucional y habitual, con crisis obsesivas paroxísticas, acompañadas con conciencia del estado patológico.

La "**Psicosis de Angustia**", con manifestaciones psíquicas y orgánicas, integradas por elementos de las Series Ansiosa y Angustiosa.

La "**Hipocondría delirante**" comprendería, según CLAUDE y LEVY-VALENSI, los siguientes Tipos clínicos:

1. el **delirio de los Melancólicos**.
2. el **delirio de Interpretación hipocondríaca** (SEGLAS).
3. el **Perseguido-perseguidor hipocondríaco (Paranoico** hipocondríaco), cuya forma clínica más característica es el "homicida de los Médicos".

4. el **delirio de Negación y el Sindroma de Cotard**.

5. los **delirios Metabólicos o de Transformación.**

6. los **delirios de Posesión demoníaca.**

7. los **delirios de Posesión animal o Zoopatías externa e interna**: 1, Delirio de Zoopatía externa y 2, Delirio de Zoopatía interna.

8. **Perturbaciones cenestésicas** en el curso de las Psicosis alucinatorias agudas o crónicas, sistematizadas o no sistematizadas.

9. el **Interpretador con ideas de Envenenamiento, Estupro o Violación.**

MEDICINA LEGAL DE LA HIPOCONDRIA Y DE LOS ESTADOS HIPOCONDRIACOS

Desde el punto de vista pragmático y de la Práctica de la Medicina Legal, podemos distinguir: 1, la Medicina Legal civil; 2, la Medicina Legal militar; 3, la Medicina Legal criminal y 4, la Medicina Legal penitenciaria.

Además podríamos considerar una Medicina Legal evolutiva o Biología Forense evolutiva, que estudiaría las "reacciones medicolegales" de la Hipocondría y de los Estados hipocondríacos en la "Trayectoria de la Vida individual": Infancia, Adolescencia, Juventud, Madurez y Vejez.

Estudiaremos entre esas "reacciones médico-legales" de la Hipocondría simple y delirante, las siguientes "Figuras jurídico-penales": Homicidio, Suicidio, Robo, Fuga, Deserción y Automutilación.

El **Homicidio** en el Hipocondríaco puede ser directo, indirecto, altruísta, etc.

Observación Clínica Nº 1

D. M., es un árabe de raza judía que dominado por un "estado pasional y celoso", le arrojó aceite de Vitriolo (ácido sulfúrico) a la cara de su novia, y luego un balazo, ocasionándole la muerte. D. M. padece una Tuberculosis Pleuro Pulmonar crónica, y presen-

ta un "Estado hipocondríaco delirante", con alucinaciones cenestésicas múltiples en el dominio de su tubo digestivo y con interpretaciones delirantes sistematizadas, considerándose como un "condenado a morir": todo esto proyectado sobre un Psiquismo resignado y melancólico, con vagas tendencias a la Hetero-acusación y a la Reivindicación.

Se trata pues de un Delincuente psicópata, Tipo Alienado-delincuente, de unos 32 años de edad, cuya evolución hacia la Demencia Precoz es muy probable. Se suicidó en el Penal de Punta Carreta, abriéndose la vena y arteria humerales izquierdas, con un pedazo de vidrio.

Debió ser internado en un Manicomio Judicial.

El **Suicidio** es una reacción médico-legal común a los Neurasténicos, Cenestópatas, Hipocondríacos y Melancólicos y muy especialmente a los llamados "Deprimidos constitucionales o hipolipemaníacos", contrariamente a la exaltación de la Vida que se observa en los "Excitados constitucionales o Hipo-maníacos".

El Suicidio puede ser considerado como una enfermedad social (DURCKEIM) o como una enfermedad individual (DELMAS), llamada también "suicidio patológico".

Pero el "Criterio Bio-psíquico-mesológico" admite un tercer Tipo de suicidio que respondería a las siguientes categorías: 1, el Suicida Nato o Constitucional; 2, el Suicida Psicópata o Alienado; 3, el Suicida emocional, emociono-pasional y Pasional y 4, el Suicida ocasional o accidental.

El **Suicida Nato** o **Constitucional** es muchas veces "portador" de la Herencia Neuro-psicopática suicida y se trata en general de un "Deprimido constitucional o Hipo-lipemaníaco", en el cual el factor Bio-psicológico es absolutamente preponderante y el factor mesológico, por el contrario, es insignificante y despreciable.

El **Suicida psicópata** o **Alienado** es en general un "Deprimido constitucional o Hipo-lipemaníaco" que hace una crisis de Melancolía ansiosa o de Hipocondría simple o delirante. Antes de llegar al suicidio, puede someterse a la Auto-flagelación, Auto-castración, Auto-mutilación y por último el acto suicida.

Tanto el Suicida Nato o Constitucional como el Suicida Psicópata o Alienado, tienen marcada tendencia a la Reincidencia en sus diversas modalidades: reincidencia común, genérica, específica y estereotipada y especialmente a la Reincidencia específica y estereotipada.

El **Suicida emocional, emociono-pasional** y **Pasional**, es por lo general víctima de un "raptus ansioso", consecutivo a un macrotraumatismo Psico-afectivo-sexual o a una serie de microtraumatismos, cuyos pequeños efectos se suman, culminando en el "raptus ansioso suicida".

El **Suicida Ocasional** o **Accidental**, examinado desde el punto de vista Bio-psico-mesológico, presenta un factor Biopsicológico mínimo y un factor mesológico (factores Telúrico y Social), netamente preponderantes.

Tanto el Suicida Pasional como el Suicida Ocasional, en general, no tienen tendencia a la Reincidencia en sus diversos tipos: Reincidencia común, genérica, específica y estereotipada.

Observación clínica Nº 2

E. B., de 65 años de edad, presenta un Estado Hipocondríaco simple, consecutivo a una Radio-dermitis de la región cérvico-dorsal, que le ocasionaba intensos dolores continuos, con crisis paroxísticas y que el enfermo interpretaba como producido por un Cáncer de la Columna vertebral, a pesar de todo lo que se hizo para hacerle comprender la verdad.

Una mañana al amanecer, en un descuido de su enfermero, cuando se realizaba el cambio de guardia, tuvo un "raptus ansioso suicida" y se ahorcó con un cinturón.

Observación clínica Nº 3

E. S., de unos 50 años de edad, creía tener un Ulcus del duodeno, acompañado de Neuritis de los Plexos Solar y Celíaco. Todos los exámenes Radioscópicos y Radiográficos practicados en serie

por un distinguido Especialista, resultan normales, pero un Médico (sic) acepta el diagónstico de Ulcera del duodeno y aplica el tratamiento correspondiente que lógicamente fracasa, pero el enfermo lo atribuye a que se había perdido un tiempo precioso, al mismo tiempo que profirió "vagas amenazas" contra el Médico que había formulado el dignóstico de Ulcera del duodeno. En un "raptus ansioso" intentó suicidarse, pero felizmente se intervino a tiempo evitándose la catástrofe.

Un Médico neuro-psiquiatra llamado en consulta formuló el diagnóstico de Estado hipocondríaco simple y aconsejó que el enfermo fuera internado urgentemente en un establecimiento especial para someterlo a una triple cura de aislamiento, reposo y desintoxicación, todo esto condicionado por una medicación tónica y anti-ansiosa.

Este enfermo salió completamente curado, después de 14 meses de tratamiento y su estado de salud es excelente, 10 años después.

Observación clínica Nº 4

T. es una española casada de 24 años de edad y sin hijos. Dos años después de haber contraído matrimonio, comienza a quejarse de dolores en el bajo vientre, que la enferma atribuye a un Cáncer del útero a pesar de que un distinguido Ginecólogo descarta en absoluto el cáncer uterino y formula el diagnóstico de Metritis (?).

Un Médico neuro-psiquiatra llamado en consulta formula el diagnóstico de Estado melancólico hipocondríaco en una "Deprimida constitucional" y aconseja que la enferma sea internada en un establecimiento especial con carácter urgente, temiendo sus reacciones médico-legales, puesto que esta enferma estaba en "estado peligroso latente" respecto a si misma y hacia los demás. Pero la familia demoró en decidirse por la internación y un buen día la enferma intenta suicidarse arrojándose, en plena calle, bajo las ruedas de una jardinera, pero felizmente la enferma sólo se "desgarró" el costado derecho del cuerpo.

Al día siguiente es internada en un establecimiento especial y al cabo de un par de meses es dada de alta condicional. A los 4 días de estar en su casa se suicidó "degollándose" con un gran cuchillo de cocina.

Observación clínica N° 5

T. y Z. constituyen una "pareja psicopática": casados desde hace unos 12 años y sin hijos. T. comienza a presentar desde hace unos 4 años una marcada tendencia a la interpretación persecutoria y celosa, mientras que Z. con herencia neuro-psicopática cargada y bilateral, acepta incondicionalmente las ideas mórbidas de su esposo, reforzándolas con nuevos argumentos. T. fué examinado por un Médico neuro-psiquiatra que diagnosticó "Paranoia crónica persecutoria y celosa", consecutiva al "desarrollo" de una Personalidad Psicopática Paranoide, que reveló ya en la Adolescencia: el especialista aconsejó que T. sea internado en un establecimiento especial, conjuntamente con Z. pero en habitaciones separadas, de manera que no puedan verse.

Al cabo de unos 4 meses T. mejora sensiblemente y su autocrítica reconoce el carácter fantástico y absurdo de sus ideas de persecución y de celos.

Z. por el contrario, hizo un Estado melancólico hipocondríaco, con ideas de auto-acusación y de inferioridad, considerándose responsable por su debilidad y negligencia de la enfermedad mental de su esposo. El especialista aconsejó que la Sra. Z. permaneciera internada y le dió el "Alta condicional" a T. pero ambos quisieron salir juntos del Sanatorio. La Sra. Z. a los 2 meses de estar en su casa y aprovechando la ausencia momentánea de su esposo T. se apoderó del revólver de éste, que estaba oculto en un armario y se descerrajó un balazo en la región temporal derecha, falleciendo a los pocos minutos.

Observación Clínica N° 6

N., de 28 años de edad, tiene una Herencia mórbida cargada, especialmente un Heredo-alcoholismo paterno y una Herencia sui-

cida por la línea materna: todo esto sobre un fondo evidente de Debilidad Mental.

N. se cree enfermo del corazón y llega hasta admitir que esto es debido a una pequeña "comadreja" encerrada en su tórax y como está hambrienta le araña y le muerde el corazón (sic).

El Médico neuro-psiquiatra formula el diagnóstico de "Estado hipocondríaco delirante y delirio de Zoopatía interna en un Débil Mental" y su pronóstico inmediato, mediato y lejano es extremadamente reservado porque teme la evolución de este caso hacia la Demencia Precoz (KRAEPELIN) o Esquizofrenia (BLEULER).

Además el especialista aconseja sea internado en un establecimiento especial, donde permanece desde hace unos 6 años, habiendo presentado, en múltiples ocasiones "Ideas de suicidio" e hizo varias tentativas de suicidio, felizmente sin éxito, gracias a una vigilancia rigurosa.

Actualmente es una Demencia Precoz, Tipo Hebefreno-catatónico y su Sindroma Hipocondríaco delirante y Zoopatía interna, se ha "desvanecido" entre los jirones de su Psiquismo disociado y dislocado.

Observación Clínica Nº 7

A. es una joven de 24 años de edad, casada desde hace 1 año y medio. En estos últimos meses el esposo notó que la enferma gastaba sumas elevadas en la Farmacia, comprando: salicilato de sodio, Aspirina, Atophan, etc. y en cierta ocasión llegó hasta vender sus alhajas para obtener el dinero necesario para conseguir dichos medicamentos.

Examinada por un Médico neuro-psiquiatra la enferma le manifestó "que el Reumatismo le había afectado todo el organismo, hasta tal punto que se consideraba un caso perdido".

La enferma tiene un hijito de unos 11 meses y se mostraba indiferente con él y con su esposo: indiferencia acompañada de inafectividad, inactividad y abandono casi absoluto.

El diagnóstico neuro-psiquiátrico fué el siguiente: "Nosomanía e Hipocondría delirante, evolucionando hacia la Demencia Pre-

coz'', aconsejando su internación urgente en un etsablecimiento especial, donde intentó suicidarse, tomando, en un descuido de la enfermera, una gran cantidad de Digitalina, que le produjo un ''coma tóxico'', del cual salió con dificultad.

Observación Clínica Nº 8

W. de 37 años de edad, casado, con 3 hijitos. Hijo de Padre Alcoholista y Tuberculoso, comenzó hace unos 4 años a considerarse afectado de Tuberculosis Pulmonar, a pesar de todos los exámenes Radio-clínicos en serie, que resultaron negativos y que fueron practicados por un distinguido Tisiólogo.

Este ''Estado hipocondríaco y Nosomanía'' iba acompañado de ''ideas de suicidio'', que el enfermo disimulaba a sus familiares y un buen día se suicidó ingiriendo Cianuro de potasio disuelto en la leche.

Observación Clínica Nº 9

P. C., un joven de 25 años, sufría de Espermatorrea crónica desde hacía unos 8 años y presentaba actualmente un ''Estado neurasteniforme'' o Neurastenia sexual de EULENBURG, con marcada tendencia hipocondríaca y Reivindicadora. Examinado por un Neuro-psiquiatra, éste formuló el diagnóstico de ''Paranoia hipocondríaca o Delirio crónico interpretativo hipocondríaco'', aconsejando su internación urgente en un Establecimiento especial, debido a su ''Estado peligroso latente'' y por lo tanto a sus posibles Reacciones médico-legales contra el propio enfermo (suicidio) o contra los que lo rodean (homicidio).

Estando internado el enfermo intentó matar a un enfermero con un cuchillo de mesa, felizmente poco afilado y que no tuvo consecuencias graves.

Observación Clínica Nº 10

M. es un Débil Mental que padece además de una Tuberculosis pleuro-pulmonar del tipo fibroso y a marcha lenta. Es soltero, tiene unos 24 años de edad y habiendo contraído una Blenorragia aguda un amigo suyo le aconsejó (sic) que practicara el coito con una yegua (bestialismo), como tratamiento abortivo infalible.

M. siguiendo al pie de la letra el "consejo peregrino" de su buen amigo, practica el coito con una yegua petiza, muy mansa, que tenía en la chacra de su padre.

Al partir de ese día, M. comprobó con gran asombro, que su Blenorragia había desaparecido, pero en cambio comenzó a sentir ciertas molestias en el Tórax y en el Abdomen que M. interpretó categóricamente en estos términos: "la yegua durante el coito le había "cortado" la Blenorragia, pero en cambio le había trasmitido una enfermedad especial".

Esta Nosofobia y Nosomanía se hizo cada vez más absorbente, monopolizadora y tiránica, polarizando su Psiquismo en forma tal que sus familiares recurrieron a la intervención de un Neuro-psiquiatra, el cual formuló el siguiente diagnóstico: "Estado hipocondríaco delirante en un Débil Mental, afectado de Tuberculosis pleuro-pulmonar crónica".

M. fué internado en un Establecimiento especial y habiendo localizado posteriormente sus molestias en los órganos genitales externos, en cierta ocasión, dominado por un "Raptus ansioso" intentó practicarse una Auto-mutilación de los mismos (Auto-castración) con un cortaplumas, pero la intervención oportuna de un enfermero evitó la catástrofe.

Observación Clínica Nº 11

P. S., un joven de 30 años, consulta al Neuro-psiquiatra por una serie de signos y síntomas de la esfera genito-sexual: espermatorrea, impotencia, frigidez, misoginia, etc. que atribuye, con certeza matemática (convicción delirante) a la Masturbación habi-

tual u Onanismo, que practica desde la edad de 12 años: en estos últimos tiempos a razón de varias veces por semana.

P. S. presenta un "Estado neurasteniforme a tendencia hipocondríaca" y el Neuro-psiquiatra le aconsejó su internación en un Establecimiento especial.

Un buen día P. S. desaparece de su domicilio y 15 días después la Policía lo encontró en un estado calamitoso, físico y psíquico, en una Granja de los alrededores de Montevideo.

Interrogado al respecto manifestó que una mañana se despertó más desesperado que nunca y que dominado por mortal angustia, sintió un impulso irresistible a caminar (dromomanía) sin rumbo fijo y que caminando sin descanso, atravesando chacras y campos, durmiendo solamente algunas horas por la noche, alimentándose apenas y dominado siempre por la obsesión de caminar.

P. S. hizo una "fuga", consecutiva a un "Raptus ansioso" en el curso de Una Hipocondría delirante, que actualmente está evolucionando hacia la Demencia Precoz (KRAEPELIN) o Grupo de las Esquizofrenias (BLEULER).

Observación Clínica Nº 12

N. N. es un soldado procesado por el Delito de deserción que revela al examen neuro-psiquiátrico un "Estado hipocondríaco simple": el enfermo se queja de algias múltiples, móviles y mal localizadas y las atribuye "categóricamente' a una Ulcera del Duodeno que el examen Radio-clínico en serie de su tubo digestivo, practicado por un distinguido Especialista, no permite aceptar.

N. N. estaba con su batallón en maniobras, acampado cerca de un Paso sobre el Río Negro y al anochecer abandonó inopinadamente su campamento, dominado por una 'mortal angustia" que le "cerraba el pecho" y que le "secaba los ojos" (el gran dolor humano es mudo y seco?).

Y así caminó toda la noche, porque "caminando" sentía cierto alivio a su gran dolor moral, que por momentos "parecía que le

iba a hacer estallar el pecho", a pesar de que invocaba, trágica y persistentemente a Dios y a su anciana Madre.....

Al día siguiente sus compañeros lo hallaron completamente extenuado, "hecho un trapo", en la orilla de un Pajonal.

Observación Clínica Nc 13

B. de T., brasileño, abandona su chacra en el Brasil (Estado de Río Grande del Sur) y se dirige apresuradamente a Montevideo, porque "se siente amenazado" y "condenado" a una Muerte próxima.

Examinado por un Neuro-psiquiatra, éste comprueba una "Hipocondría delirante con Sindroma de Influencia o Acción exterior" y dispone su internación en un Establecimiento especial, con carácter urgente, para su debido Tratamiento y también para su Seguridad (Estado Peligroso latente).

Interrogado B. de T. manifestó que está profundamente enfermo y que siente, desde hace varios años "un ardor o quemadura interna insoportable en la boca del estómago" (región del Plexo Solar).

Al mismo tiempo afirma con "certeza inconmovible" que todo su cuerpo recibe una "especie de efluvios electro-magnéticos", que le envían desde la ciudad de Bagé, algunas personas aún no bien identificadas y que se comportan como enemigos suyos.

A los pocos meses de estar internado, B. de T. intenta degollarse con un cortaplumas, pero fué descubierto a tiempo por un enfermero y este intento de suicidio, felizmente, se malogró.

Actualmente B. de T. es un Demente Precoz, Tipo Hebefreno-catatónico.

Observación Clínica N° 14

H. P. es un "Ansioso constitucional" e Hipomaníaco, Tipo Pícnico de Kretschmer o Bio-tipo brevilíneo macro-esplánico de Pende; pero además padece de Sifilofobia y Sifilomanía.

Algunos Médicos generales han incurrido en el "peligroso error" de aceptar el diagnóstico de Sífilis y de hacerle el Tratamiento correspondiente, lo cual lejos de tranquilizarlo aumentó su Ansiedad y "redobló" su Angustia.

En este estado fué examinado por un Neuro-psiquiatra, el cual formula el dignóstico de "Estado hipocondríaco simple: Nosofobia y Nosomanía", aconsejando sea internado en un Establecimiento especial, en el cual el enfermo tuvo un "Raptus ansioso suicida" e ingirió el contenido entero de un fracaso de "Neyran", sin consecuencias graves, porque se trata de un Sedante del Sistema Nervioso, muy suave y nada tóxico.

Después de unos 4 meses de Tratamiento, el enfermo fué dado de Alta definitiva, completamente curado.

Observación Clínica Nº 15

A. M., de 48 años de edad es también un "Ansioso constitucional", que hace cada 4 o 5 años, bajo la influencia de causas mínimas (Surmenage, etc.), crisis periódicas neurasteniformes a tendencia hipocondríaca: este cuadro psicopático se podría catalogar como una "Forma maníaco-depresiva de la Psicastenia".

Al hacer la quinta crisis fué internado en un Establecimiento especial, donde intentó suicidarse con un cortaplumas, haciéndose unas heridas cortantes superficiales en la Región Carotidiana izquierda, felizmente sin importancia.

Observación Clínica Nº 16

T. H., de 45 años de edad, padece de "Nanismo hipo-tiroideo" y "mixedematoso". Además es un Débil Mental profundo, casi un imbécil: mide 1 metro y 40 de estatura y pertenece al Biotipo brevilíneo, macro-esplánico, hiper-vegetativo, anabólico, parasimpaticotónico e hipo-evolucionado del Profesor Pende y la Escuela bio-tipológica ortogenética de Génova.

Su Metabolismo basal es 58 por 100 y presenta casi todos los signos y síntomas de la Serie mixedematosa.

Su "Edad Mental" corresponde a la de un niño de 6 años de edad, más o menos, y por lo tanto está en desacuerdo con su "Edad cronológica", su "Edad anatomo-fisiológica", su "Edad psico-sexual", y por último, su "Edad evolutiva".

Además presenta tendencia marcada a la Interpretación persecutoria, no llegando a sistematizar bien sus Ideas de persecución, debido a su Insuficiencia Psíquica pronunciada (Imbecilidad Mental).

Este enfermo está dominado por un "Complejo de Inferioridad Psico-afectivo-sexual" (Profesor ALFREDO ADLER) de una evidencia meridiana y por un "Estado hipocondríaco simple" donde predominan la Ansiedad y la Angustia (se siente amenazado por un Mal que es incapaz de definir).

Examinado por un Neuro-psiquiatra, éste aconsejó su internación en un Establecimiento especial, en el cual hizo al poco tiempo, un "Raptus ansioso suicida", intentando degollarse con una hoja de Gillette.

Observación Clínica Nº 17

J. M. es un "Deprimido constitucional" (Personalidad Psicopática Ciclotímica) o portador de la llamada "Constitución hipocondríaca" (Profesor ABADIE) y con tendencia marcada a la Periodicidad.

Tiene 36 años de edad y ya ha tenido 2 crisis de Hipocondría simple, con un intervalo de 5 años. Este Nosofóbico y Nosomano, fué internado en un Establecimiento especial, dominado por una intensa Angustia y por Ideas de suicidio que hasta ahora no han desaparecido.

Observación Clínica Nº 18

B. Z., de 40 años de edad, con una Herencia Neuro-psicopática cargada por la línea materna y con Antecedentes de Tuberculosis familiar, tuvo hace unos 6 años la primera crisis de "Hipo-

condría delirante'' (Episodio delirante agudo en el curso de la Degeneración Mental), consecutiva a una Insuficiencia Ventricular izquierda aguda (Angor Pectoris), en el curso de un Sindrome Cardio-arterio-renal.

Por segunda vez dicho enfermo hizo una nueva crisis de ''Hipocondría delirante'', esta vez consecutiva a un ''Edema agudo del Pulmón'' seguido después por un ''Estado Gripal''.

El enfermo nosofóbico y nosomano (Tuberculofobia y Tuberculomanía), se ''siente amenazado y condenado'' a morir tuberculoso desde hace unos 20 años, época en que falleció un hermano suyo, víctima de este terrible mal (la Peste blanca de Broussais).

El enfermo dominado por sus Ideas de suicidio, le pidió a un pariente suyo, y por reiteradas veces un Revólver para eliminarse.

Un Neuro-psiquiatra lo hizo internar en un Establecimiento especial, sometiéndolo a una Cura de aislamiento, reposo en cama, desintoxicación, re-hidratación, re-alimentación y Vitaminización y además un Tratamiento cardíaco y nervioso tónico con el Aceite alcanforado-etéreo-guayacolado, fórmula del Profesor MARFAN.

Resumiendo: se trata de crisis hipocondríacas delirantes a repetición, en el curso de la Degeneración Mental y consecutivas a la decompensación Ventricular izquierda en un Cardio-arteriorenal primitivo. (Angor Pectoris, Edema agudo del Pulmón, Pseudo-asma cardíaca, Disnea de esfuerzo y de decúbito, crisis de hiperhidrosis generalizadas, etc.).

Observación Clínica N° 19

En 1930 tuve ocasión de examinar en un pequeño ''Atellier'' del barrio de Montparnasse en París, a un joven Artista rumano que había conocido en el Hospicio de la Salpetriere.

T. H., de 25 años de edad y de raza israelita (?) presentaba un cuadro hipocondríaco delirante, que predominaba en la esfera génito-sexual.

No existían Antecedentes venéreo-sifilíticos ni Herencia Neuro-psicopática manifiesta. Me llamó la atención que, al pretender

examinar sus órganos genitales externos opusiera una "resistencia irreductible e inconmovible".

Un Artista compatriota suyo, me sugirió el dato de que probablemente T. H. pertenecía a la famosa secta de los "Sekopsis", es decir, de esos "fanáticos auto-mutiladores", que Jules Claretie describe magistralmente en su célebre novela titulada: "Los amores de un Interno en el Hospicio de La Salpetriere". 1898.

Con estos datos interrogué repetidas veces al enfermo tratando de "desentrañar" en lo posible la fanática y paradojal psicopatología de un presunto Sekopsis (?), secta religiosa que floreció a orillas del Danubio y que pretendían purificar y magnificar su espíritu para que pudiera volver al "Ser Supremo o Dios", sacrificando trágica e implacablemente los placeres de orden epicúreo y muy especialmente el placer psico-afectivo-sexual, condenando a la destrucción sistemática y cruel, mediante la Auto-mutilación o la Hetero-mutilación y en plena Adolescencia, los órganos genitales externos en el hombre y las Glándulas Mamarias en la mujer....

T. H. concluyó por confesarme que, efectivamente pertenecía a la famosa "Secta de los Sekopsis" y agregó que había sido castrado cuando tenía 16 años de edad, mostrándome una enorme cicatriz, hipertrofiada por un proceso de posible degeneración maligna o neoplásica, que beneficiaría de la Radioterapia.

Según T. H. sus preocupaciones mórbidas localizadas, desde su comienzo en la esfera genital, comenzaron a la edad de 20 años, cuando se enamoró por primera vez de una Estudiante del Barrio Latino y que ante la imposibilidad física de hacer culminar ese primer y gran Amor, de acuerdo con las Leyes Naturales y tal como lo describe y resume el célebre Poeta Horacio en las siguientes etapas: "Visus, Auditus, Olfatus, Tactus, Osculum y Concubitus".

Ante esa imposibilidad absoluta e integral (Impotencia Coeundi e Impotencia Generandi) sufrió una gran crisis de Angustia que luego se hizo continua con episodios paroxísticos e Ideas de suicidio.

Este "Complejo de Inferioridad génito-sexual", mediante un triple mecanismo psíquico de Introspección, Retrospección y Endospección se transformó en un "Estado hipocondríaco simple" (Preocupación mórbida obsedante y Duda sistemática) y luego

pasó al estado de "Hipocondría delirante" (Creencia y Convicción delirantes) y es de temer que en una última etapa, este desgraciado enfermo, víctima inocente de un Fanatismo religioso trágicamente cruel e iconoclasta, pase a la Demencia Precoz (KRAEPELIN) o al "Grupo de las Esquizofrenias" (BLEULER).

Observación Clínica Nº 20

X. de 55 años de edad, soltero, presenta el Tipo psico-somático Pícnico de KRETSCHMER y la "Personalidad Psicopática Cicloide", bajo una de sus 3 Formas: 1. "Depresión constitucional o Hipolipemanía", 2. "Excitación constitucional o Hipomanía" y 3. Periodicidad psíquica constitucional o Ciclotimia propiamente dicha.

X. es un "Deprimido constitucional o Hipo-lipemaníaco", desde su adolescencia y a consecuencia de un "Estado Gripal" y probablemente también de un "Surmenage profesional", hace casi bruscamente un "Estado Hipocondríaco simple".

Su Médico le aconseja una Cura de reposo y de relativo aislamiento en la campaña, completada por una Medicación tónica a base de estricnina.

X. a los pocos días de estar en vacaciones hizo un "Raptus Ansioso suicida" hiriéndose gravemente de 2 balazos, uno en la cabeza y otro en la región torácica pre-cordial, falleciendo 8 días después.

Observación Clínica Nº 21

J. U., soltero, de 48 años de edad, es un "Ansioso constitucional" a tendencia hipocondríaca, bajo la forma de Sifilofobia y Sifilomanía.

Un Médico de su Pueblo lo trató como sifilítico, sometiéndolo a un Tratamiento Arsenical y Bismútico, intenso y prolongado.

A pesar de esto, J. U. se siente cada vez peor y decide venir a Montevideo y consultar a un Neuro-psiquiatra que lo pone en Observación en un Establecimiento especial y todos los exámenes resultaron negativos desde el punto de vista de la Sífilis.

En efecto: el enfermo no tenía los Sindromas Neurológico, Humoral, Psíquico y Somático de la Neuro-Sífilis en sus manifestaciones clínicas variadas.

Sometido a un Tratamiento integral, que el Profesor AUSTREGESILO resume y sintetiza en su célebre trinomio "Ego mas Libido mas Fames" y especialmente a la Psico-terapéutica analítica (Psicoanálisis, Psico-catarsis y Psico-síntesis), las Ideas de suicidio y las Tentativas de suicidio desaparecen radicalmente y por completo: unos 5 meses después el enfermo es dado de Alta condicional (Cura médico-social).

CONCLUSIONES GENERALES

1º—Debemos distinguir estos 6 aspectos o puntos de vista en Medicina Legal o Biología Forense, a saber: 1º Medicina Legal civil, 2. Medicina Legal militar, 3. Medicina Legal criminal, 4. Medicina Legal penitenciaria, 5. Medicina Legal evolutiva, 6. Medicina Legal histórica.

2º—Es necesario distinguir en la Clínica Neuro-psiquiátrica estos 3 aspectos Psico-clínicos de la Hipocondría: 1. la Hipocondría-enfermedad, 2. la Hipocondría-sindroma y 3. la Hipocondría-síntoma.

3º—Por esta misma razón es necesario hacer una distinción necesaria y útil entre la Hipocondría, los Estados hipocondríacos y las Manifestaciones hipocondríacas.

4º—Debemos tener siempre presente el estrecho parentesco y la indiscutible afinidad que existe, clínica y nosológicamente, entre estos diversos Estados Psicopáticos: 1 Neurastenia, 2. Psicastenia, 3. Ergastenia, 4. Psico-neurosis de Angustia, 5. Cenestopatía, 6. Hipocondría y 7. Melancolía.

5º—Clínicamente siempre nos esforzaremos en distinguir la Hipocondría simple de la Hipocondría delirante.

6º—También desde el punto de vista Neuro-psiquiátrico debemos tener presente el siguiente hecho clínico: "Toda Hipocondría delirante primitiva, en un enfermo que tiene menos de 40 años de

edad, puede evolucionar hacia la Demencia Precoz (KRAEPELIN) o Grupo de las Esquizofrenias (BLEULER).

7º—Debemos tener presente que todo Hipocondríaco simple o delirante, primitivo o secundario, está en "Estado Peligroso latente", es decir, predispuesto a una Reacción anti-social (Fuga, Deserción, Vagabundaje, etc.), o a una Reacción anti-humana (Suicidio, Homicidio, Auto-mutilación, Auto-castración, etc.).

8º—Este "Estado Peligroso" latente o actual en todo Hipocondríaco, con su correspondiente "Coeficiente de Peligrosidad", adquiere una magnitud inaudita cuando se trata de un "Hipocondríaco delirante, interpretador y Reivindicador" (Paranoia Hipocondríaca), especialmente en la esfera Psico-afectivo-génito-sexual.

9º—En este caso especial, el médico en general y el Neuro-psiquiatra en particular, se encuentra frente a un Peligro máximo, inmediato y trágicamente implacable: el Homicidio o Asesinato.

10º—Por eso podíamos hablar de un "Período pre-hipocondríaco o médico-legal" de la Hipocondría, simple o delirante, primitiva o secundaria, Hipocondría-enfermedad o Hipocondría-sindroma y muy especialmente de la "Paranoia hipocondríaca" (Delirio crónico interpretativo e hipocondríaco de SEGLAS).

11º—El "Paranoico hipocondríaco" está frente al Médico que lo trata en una actitud semejante o equivalente al "Magnicida" frente al Gobernante, al personaje de actualidad o al hombre representativo.

12º—Desde este punto de vista sería conveniente establecer un "Paralelo psico-patológico y médico-legal" entre el Paranoico hipocondríaco" (Asesino de Médicos) y el "Paranoico Reivindicador o Magnicida" (Asesino de Hombres representativos).

13º—El Médico en general y el Neuro-psiquiatra en particular, debe tener siempre presente (actitud de la Conciencia vigilante), el trágico fin de Médicos ilustres y Mártires, como Pozzi, Guinard, Fontecilla, etc.

14º—Sería interesante estudiar las relaciones que puedan existir entre la "Hipocondría delirante primitiva", la "Personalidad psicopática hipocondríaca" y la "Estructura psicopática disestésica" (EY y ROUART).

15º—También debemos investigar si existen relaciones psicosomáticas entre la llamada "Personalidad Psicopática hipocondríaca" y el Bio-tipo humano (Profesor PENDE) y el Tipo psicosomático (Profesor KRETSCHMER).

16º—Debemos orientar el Diagnóstico neuro-psiquiátrico y médico-legal de la Hipocondría y de los Estados hiponcondríacos hacia un Diagnóstico pluri-dimensional o Estereo-diagnóstico, de carácter totalitario, sintético e integral y por encima de todo, "eminentemente comprensivo".

17º—Este Estereo-diagnóstico comprensivo debe reposar sobre el "Criterio Bio-psico-mesológico" y debe ser principalmente, un Diagnóstico en serie y evolutivo, dominado soberanamente por el "Principio de la Duda metódica cartesiana".

CONCLUSION ESPECIAL

La Hipocondría y los Estados hipocondríacos en Medicina Legal deben ser estudiados con un doble "Criterio estructural y evolutivo" (CLAUDE, EY y ROUART) y de acuerdo con los "Principios Jacksonianos de una Neuro-Psiquiatría dinámica", basada en las "Disoluciones uniforme y local de la Actividad Psíquica o Personalidad humana".

La Neuro-Psiquiatría, como expondremos en un Trabajo en preparación, presenta en su Historia 3 etapas principales: 1. la etapa pre-Jacksoniana, 2. la etapa acksoniana y 3. la etapa neo-Jacksoniana o etapa actual.

BIBLIOGRAFIA

VON KRAFFT-EBING. "La Medicina Legal de los Alienados".

LEGRAND DU SAULLE: "Tratado de Medicina Legal".

VON KRAFFT-EBING: "Psicopatia sexualis".

H. CLAUDE: "Psiquiatría médico-legal".

NERIO ROJAS: "Lecciones sobre Medicina Legal".

AFRANIO PEIXOTO: "Tratado de Medicina Legal".

J. M. ESTAPE: "Contribución al estudio médico-legal de la Neurosis Traumática.

DEVAUX y LOGRE: "Los Ansiosos". Estudio clínico. 1917.

MAURICE DE FLEURY: "La Angustia humana". 1925.

A. AUSTREGESILO: "La Neurosis de Angustia o Aporioneurosis". 1930.

HECKEL: "La Neurosis de Angustia". 1914.

HARTENBERG: "Psico-neurosis Ansiosa". 1902.

A. DELMAS: "Las relaciones de la Hipocondría con la Constitución Paranoica". Anales Médico-psicológicos. 1931.

P. ROY: "La Hipocondria y los estados hipocondríacos". Congreso de Alienistas y Neurólogos. Rennes. 1905.

PROFESOR ABADIE: "La Hipocondría y los estados hipocondríacos". Congreso de Alienistas y Neurólogos. Lille. 1930.

J. LEVY-VALENSI: "La Constitución Paranoica". Progreso Médico. 1927.

SEGLAS: "Lecciones clínicas".

V. H. LEVY: "Los Delirios de Zoopatia interna". Tesis de París. 1906.

HARTENBERG: "Le Neurosis de Angustia". Revista de Medicina. 1901.

MOREL: "Tratado teórico y práctico de las enfermedades Mentales". 1835.

E. DUPRE: "Patología de la Emoción y de la Imaginación". 1923.

PITRES y REGIS: "Las Obsesiones y las Impulsiones". 1902.

RAYMOND y JANET: "Neurosis e Ideas fijas". 1898.

LAIGNEL-LAVASTINE: "El diagnóstico de la Ansiedad". La Semana de los Hospitales de París. 1935.

LAIGNEL-LAVASTINE: "Ansiedad, Voluptuosidad y Neumogástrico". París Médico. 1924.

J. LEVY-VALENSI: "Los crímenes pasionales". Anales de Medicina Legal. 1931.

J. LEVY-VALENSI: "Tratado de Psiquiatría". 1925.

H. BARUCK: "Las Obsesiones". Boletín Médico. 1931.

TRILLOT: "La Herencia ciclotímica". Tesis de París. 1932.
COUCHOUD: "La Astenia primitiva". Tesis de París. 1932.
PIERRE KAHN: "El Ciclotímico". Tesis de París. 1909.
SEGISMUNDO FREUD: "Obras completas".
ALFREDO ADLER: "El Complejo de Inferioridad".
CARLOS GUSTAVO JUNG: "Tipos psicológicos".
J. M. ESTAPE: "Introducción a una crítica sobre el Psico-análisis".
H. CLAUDE y J. LEVY-VALENSI: "Psicosis periódica y Demencia Precoz". El Encéfalo. 1931.
DEJERINE y GLAUCKER: "Las manifestaciones funcionales de las Psico-neurosis y su Tratamiento por la Psico-terapia".
MONTASSUT y DELAVILLE: "La Depresión constitucional". Prensa Médica. 1931.
MONTASSUT: "Los estados de Depresión". Boletín Médico. 1935.
MONTASSUT: "La fatiga del Neurasténico". Evolución Psiquiátrica. 1931.
JORGE B. DUMAS: "Tratado de Psicología".
LONGUET: "Las formas mono-sintomáticas de la Melancolía intermitente". Tesis de París. 1937.
J. BOREL: "Los desconocimientos sistemáticos en los Alienados". Tesis de París. 1931.
Mlle. DEROMBIES: "La ilusión de los Sosías". Tesis de París. 1935.
E. GARCIA AUST: "Los estados Hipo-maníacos". Revista de Psiquiatría. Montevideo. 1937.
E. GARCIA AUST: "Delirios Pasionales". Informe médico-legal. Revista de Psiquiatría. Montevideo. 1938. (En colaboración con J. M. Estapé).
J. M. ESTAPE: "Psico-neurosis ansiosa y Uxoricidio". Informe médico-legal, Revista Médica Latino-americana. 1931.
E. GARCIA AUST: "Estado emocional y Uxoricidio. 1932.
GENIL PERRIN: "Los Paranoicos". 1934.
GENIL PERRIN: "El concepto de Degeneración Mental". 1922.
DIDE y GUIRAUD: "Tratado de Psiquiatría para el Médico práctico".
SOLLIER y COURBON: "Diagnóstico Psiquiátrico".
J. LEVY-VALENSI: "Los Alienados migradores". La Semana de los Hospitales de París. 1931.
R. DUPOUY: H. PICHARD: "La Ansiedad en la Demencia Precoz". Anales Médico-Psicológicos. 1931.
H. BARUCK: "Perturbaciones mentales por los Tumores cerebrales". Tesis de París. 1926.
HALBERSTAD: "La Melancolía pre-senil". Anales Médico-psicológicos. 1928.
HALBERSTADT: "La Esquizofrenia tardía". El Encéfalo. 1925.
LHERMITTE y NICOLAS: "La Demencia Senil y sus formas anatomo-clínicas". El Encéfalo. 1924.

CARON: "Estudio clínico de la Enfermedad de Pick". Tesis de París. 1934.
J. FORESTIER: "Las Psicosis colibacilares". Tesis de París. 1933.
L. R. RONEE: "Ensayo sobre la Psicología de los Tuberculosos Pulmonares". Tesis de París. 1932.
GARNIER: "La Locura en París".
P. SIVADON: "Las Psicosis Puerperales y sus secuelas. La Encefalitis Psicósica post-puerperal". Tesis de París. 1936.
GALLOT: "Los Síndromas Psico-anémicos". El Documento médico. 1936.
LAIGNEL-LAVASTINE: "Patología del Simpático". 1924.
R. TARGOWLA: "Sobre ciertas concepciones sobre la Ansiedad y su filiación cronológica". Anales Médico-Psicológicos. 1932.
W. STECKEL: "La Psicología de las enfermedades obsesivas". Boletín Médico. 1934.
W. STECKEL: "La evolución, los métodos y los peligros del Psico-análisis". Boletín Médico. 1932.
A. Delmas: "Psicología patológica del Suicidio". 1932.
H. DURCKEIM: "Estudio sociológico sobre el Suicidio".
BLONDEL: "El Suicidio".
HALBWACHS: "Las causas del Suicidio". 1930.
ABDHERRAMAN: "Del suicidio emotivo y del Suicidio patológico". Tesis de París. 1935.
J. M. ESTAPE: "Una Familia de suicidas". Archivos de Pediatría de Montevideo. 1926.
CH. BLONDEL: "La Auto-mutilación". Tesis de París. 1906.
Mme. P. GARDIEN: "La vagotonina en los Estados Ansiosos". Tesis de París. 1935.
H. CLAUDE y J. LEVY-VALENSI: "Los Estados Ansiosos". 1938.
H. CLAUDE: "Tratado de Neurología".
HENRY EY y J. ROUART: "Ensayo de aplicación de los Principios de John Huaglinys Jackson a una concepción dinámica de la Neuro-Psiquiatría". 1938.
EDMOND LOCARD: "Tratado de Criminalística".
QUINTILIANO SALDANHA: "Tratado de Criminología".
ENRICO FERRI: "Sociología Criminal".
HANS GROSS: "Manual de Policía técnica o científica".
ENRICO FERRI: "El Homicida".
ENRICO FERRI: "Los Criminales en la Literatura y en el Arte".
CESAR LOMBROSO: "Obras completas".
LEONIDIO RIBEIRO y WALDEMAR BERARDINELLI: "Bio-tipología Criminal".
JOSE INGENIEROS: "Introducción a la Criminología".

AFRANIO PEIXOTO: "Tratado de Criminología".
ALEXANDER y STAUB: "Psico-análisis aplicado a la Criminología".
JOSE PORTO CARRERO: "Criminología y Psico-análisis".
REGIS: "Los Regicidas".
LACASSAGNE: "La Cesaritis".
XAVIER de OLIVEIRA: "El caso del Magnicida Manco de Paiva".
J. M. ESTAPE: "El caso del Magnicida José Benigno Herrera Salazar".
J. M. ESTAPE: "La Constitución psicopática Criminaloide". Boletín de Criminología y Ciencias Afines del Instituto de Estudios Superiores de Montevideo. Tomo I. Nº 2. 1936.
REGIS y HESNARD: "Tratado de Psico-análisis".
MAURICE de FLEURY: "La Psicología del Criminal".
J. M. ESTAPE y J. BALETTI BIANCHI: "Introducción al estudio de los Niños mentalmente anormales". 1930.
J. M. ESTAPE: "Contribución al estudio psico-patológico de Enrique Federico Schumann". Fragmentos.... (Colección de estudios psicológicos e históricos). Tomo II. 1932.
J. M. ESTAPE: "Contribución al estudio psico-patológico de Vicente Van Gogt". Fragmentos.... (Colección de estudios psicológicos e históricos). Tomo 2º. 1932.
E. MIRA LOPEZ: "Tratado de Psiquiatría".
E. KRETSCHMER: "Tratado de Psicología médica".
N. PENDE: "Bio-tipología humana".
PINEL: "Tratado de las enfermedades Mentales".
BAILLARGER: "Investigaciones sobre las enfermedades Mentales".
MOREL: "Medicina Legal de los Alienados".
A. TARDIEU: "Estudio médico-legal sobre la Locura". 1873.
FALRET: "Lecciones clínicas sobre las enfermedades Mentales".
CAZAUVIEILLE: "De la Monomanía homicida". 1836.
N. PENDE: "Trabajos recientes sobre Endocrinología y Psicología Criminal".
TRELAT: "La Locura lúcida". 1861.
BLANCHE: "De los Homicidios cometidos por los Alienados", 1878.
FOVILLE: "La Locura instintiva". Nuevo Diccionario médico-quirúrgico. Tomo 15.
MAGNAN. "Los Degenerados". 1891.
CARRIER: "Obsesión-impulsiones al Homicidio y al Suicidio". Tesis de París. 1898.
GILBERT BALLET: "Tratado de Patología Mental". 1903.
BROUARDEL: "El Criminal". 1890.
CHARPENTIER: "Medicina Mental". 1889.
B. BALL: "De las Obsesiones en las enfermedades Mentales". 1880.

BOURDIN: "Las Impulsiones". Tesis de París. 1894.
DROUET: "El Homicidio en los Alienados". Tesis de París. 1873.
D. VLADOFF: "El Homicidio en Patología Mental". (Estudio clínico y médico-legal). París. 1911.
H. COLIN: "Los Alienados-criminales y los Criminales-alienados". Revue Neurologique. 1900 y 1903.
CHARCOT, RICHER y GILLES DE LA TOURETTE: "Nueva Iconografía de La Salpetriere". París. 1888.
ESQUIROL: "Las enfermedades Mentales y la Monomanía homicida". 1838.
CH. FERÉ: "La Familia Neuropática". 1896.
R. GAROFALO: "Criminología". 1905.
GRASSET: "Semi-locos y semi-responsables". 1907.
J. MAXWELL: "El Crimen y la Sociedad".
P. HEGER: "La cuestión de la Criminalidad". 1885.
XAVIER DE OLIVEIRA: "Espiritismo y Locura".
JOFFROY: "El Homicida". 1904.
L. JEAN: "Estudio clínico sobre los Alienados peligrosos o criminales". Tesis de París. 1885.
VON KRAFFT-EBING: "Psicología Criminal". 1872.
LACASSAGNE: "Los sentimientos primordiales en los criminales". Actas del Tercer Congreso de Antropología Criminal. Bruxelas. 1892.
LEGRAIN: "El Delirio en los Degenerados". Tesis de París. 1886.
MC-DONALL, A.: "El Criminal-tipo en algunas formas graves de Criminalidad". Lyon. 1893.
A. MARRO: "Los caracteres de los Criminales". 1887.
MOREAU DE TOURS: "La Locura celosa". 1877.
L. PROAL: "El Crimen y el Suicidio pasionales". 1900.
P. SAULLIER: "Psicología del Imbécil y del Idiota". 1891.
G. TARDE: "La Criminalidad comparada". 1902.
P. TARNOWSCKI: "Las mujeres homicidas". 1908.
DALLEMAGNE: "Degeneración y Criminalidad". 1895.

Notas sobre la Hipocondría

Por el Profesor JAIME DE MENDOZA (Sucre)

NOTAS SOBRE LA HIPOCONDRIA

Por el Profesor JAIME DE MENDOZA (Sucre)

TOINETTE: ....Mais, monsieur, mettez la main a la conscience: est-ce que vous êtes malade?

ARGAN: Conmment, coquine! Si je suis malade? Si je suis malade, impudente

Moliére. "Le malade imaginaire", acto I, escena V.

La hipocondría no es una entidad nosológica de contornos precisos, netos. Como que ni siquiera figura con personalidad propia en las clasificaciones psiquiátricas. Por sus manifestaciones proteiformes, hállase más bien diluída borrosamente en diversos capítulos de la patología. Y, con frecuencia, aun el ojo zahorí de un buen clínico no alcanza a discriminar debidamente este enrevesado complejo de la medicina mental. Y esto a pesar de que la hipocòndría es una afección tan frecuente que ya figura, desde antiguo, en el tinglado del arte satírico o moralista: recuérdese cómo el incisivo Moliére la llevó al teatro y cómo en la pintura y el dibujo ha sido fácil pasto para que artistas de buen humor, como un Rowlandson o un Daumier, nutriesen el del público hasta arrancarle a veces gestos hilarantes tocados de burla y no poco de perversidad.

La hipocondría —dicho se está —suele ir del brazo con otros procesos morbosos: así, con la parálisis general. Se halla emparejada a la neurastenia, la psicastenia, ciertas obsesiones y fobias. Es próxima parienta de la melancolía y no faltan quienes, aun entre los médicos, la confundan con ella. Sus relaciones con la histeria suelen ser estrechas: Sydenham hacía de ambas una sola entidad. Y, por lo demás, bien puede decirse que toda la patología humana, en sus múltiples aspectos, deriva, en determinadas condiciones, hacia la hipocondría. Aun aparte de los procesos graves, como el cáncer, la tuberculosis, la sífilis, la diabetes, muchas veces lesiones aparentemente insignificantes son, en individuos predispuestos, el punto de partida de manifestaciones hipocondríacas que hasta pueden llevar a aquéllos al suicidio.

Es, pues, inmenso el campo que abarca la hipocondría en la patología humana. Y en cuanto a su extensión en el tiempo y el espacio, acaso sea lícito hablar aún de pueblos hipocondríacos; tal sería el inglés, en que la **enfermedad negra** y el **spleen** son tan frecuentes.

Es sólito, aun entre eminencias psiquiátricas, hacer de la hipocondría una **enfermedad de la civilización**, en vista de la frecuencia con que afecta a determinadas personas: hombres de negocios, literatos, periodistas, que trabajan arduamente con el cerebro. Y lo propio sucedería entre los artistas. Así, tratándose de la música, Georgel, ya en el siglo antepasado, anotaba: "La armonía ha producido afecciones diversas, entre las cuales se halla la hipocondría".

De mi lado, encuentro cierta exageración en todo esto. Creo que la hipocondría no es fruto tan sólo de la civilización. Se presenta igualmente entre las masas ignaras y ajenas a la acción agotadora del progreso moderno. Por lo menos, en las razas autóctonas de Bolivia, —como la quechua y aymara, que se hallan al margen de las encontradas preocupaciones que asedian a los estratos étnicos superiores, —he hallado con frecuencia manifestaciones hipocondríacas, ligadas seguramente a su misma situación de miseria

moral y material. Y si dirigimos una mirada retrospectiva en las lejanías de la historia, no será difícil reconocer, en grupos humanos primitivos, esta enfermedad. Ahí están, como muestra, los antiguos guaraníes y charrúas, entre quienes los primeros conquistadores del Río de la Plata observaron hábitos que encajan dentro del síndrome hipocondríaco. Los relatos de aquellos días hablan de "los indios que nunca ríen, que andan siempre agachados, con aire gemebundo, que se mutilan los dedos de las manos y pies con motivo de la muerte de sus parientes"... En esto mismo de las mutilaciones, por mucho que parezca solamente un hábito heredado de viejas supersticiones primordiales, hay que ver también un fondo hipocondríaco racial.

Génesis de la hipocondría

Como se sabe, los antiguos consideraban la hipocondría un proceso originado por lesiones de las vísceras alojadas en la cavidad abdominal. La palabra misma **hipocondría** lo da a entender así; significa, de acuerdo con sus raíces griegas, **bajo los cartílagos costales.**

Por mi parte, creo que, en mucho, los antiguos tenían razón. En esta materia, como en tantas otras, bien se revela la sorprendente clarividencia de nuestros antecesores, que aún sin contar con los elementos preciosos hijos de la cultura científica actual, supieron no pocas veces, ya sea por una rigurosa observación empírica o ya por simple intuición, lograr acertadísimas precisiones. El ejemplo, extramédico, de la teoría atomística es vulgar y concluyente. Lucrecio, como sabio y poeta, un siglo antes de Jesucristo ya habló de los **primoria**, del **clinamen** y de los electrones, aun sin nombrarlos. Y dentro de la medicina, basta recordar los postulados de Hipócrates sobre la histeria y sobre la tesis humoral, que al presente Janet, Charcot, Babinski y Freud no han hecho sino ampliar o deformar.

En cuanto a la hipocondría, las observaciones y hallazgos hechos hasta hoy en diversos sectores de la cavidad abdominal —

ganglios semilunares, plexo solar, cápsulas suprarrenales, hígado, páncreas, estómago, intestinos —parecen confirmar la idea de que esa afección tiene su origen prístino en las perturbaciones de aquéllos.

Los antiguos no andaban, pues, descaminados en este punto.

Luego, autores más modernos, como Broussais en el siglo XVIII, al sostener que la hipocondría no es sino una consecuencia de inflamaciones gástricas, se afiliaban a la vieja doctrina. Y no hay que ver precisamente una contradicción a ella en el hecho de que un Villerman, también en el siglo XVIII, considerase la hipocondría como una neurosis, ya que el concepto vago de **neurosis** puede reconocer asimismo, en su intrincada etiología, las susodichas perturbaciones como factor causal.

Por mi parte, creo que en las manifestaciones hipocondríacas debe darse el papel principal al sistema vegetativo simpático, muy especialmente al simpático tóraco-abdominal u ortosimpático.

Los antiguos, claro está, no conociendo la simpatología —ciencia de nuestros días— mal podían referir sus conclusiones al simpático. Pero en ellas se entrevé ya la silueta de ese eje máximo de la cenestesia, que informa nuestro mundo interior y al presente está en gran boga, bien que todavía subsistan diversos puntos de interrogación respecto de él.

Se sobreentiende que al achacar al sistema vegetativo tan grave influencia en los procesos hipocondríacos, me refiero también al sistema incretor que se halla íntimamente emparejado a aquél. Porque así como en la etapa de la simpaticogonía, cuando la célula germinal emigrante desde el tubo neural devino ya un simpáticoblasto o un feocromoblasto, vale decir la célula nerviosa pura o la adrenalínica,— asimismo, en etapas ulteriores, una y otra proseguirán obrando en estrecha interdependencia, hasta aparecer muchas veces formando un solo todo.

Pero más todavía:

Cuando hablo del simpático y del sistema endocrino a él asociado, debemos tener en cuenta, asimismo, la vida afectiva. Con lo cual entramos derechamente en el psiquismo.

Desde hace luengos años vengo sosteniendo la tesis de que la afectividad —elemento básico de los procesos psíquicos humanos— está determinada en mucho por las secreciones internas. Ya en 1923, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chuquisaca, propuse este punto, al ensayar, urgido por necesidades didácticas, mi esquema de **el trípode psíquico** entre los estudiantes de psiquiatría. Hoy, corridos varios años y teniendo en cuenta las pacientes y luminosas investigaciones hechas en los grandes centros científicos sobre el simpático y las glándulas endocrinas, no hago sino confirmarme en dicha tesis.

Muy sabido es, en efecto, cuánto en nuestro tiempo se ha adelantado en la anatomía y fisiología de los mencionados sistemas. Singularmente las precisiones obtenidas a propósito del diencéfalo, y, dentro de él, de la región hipotalámica, han arrojado una luz que si bien no permite todavía asentar algo definitivo, ilumina nuevas vías para llegar a una comprensión cabal de ciertos aspectos de la vida psíquica que antes permanecían en la penumbra.

Repito, pues, que, a mi ver, en la hipocondría juegan un papel fundamental los factores de la vida neuroglandular: es el simpático, singularmente el simpático tóraco-abdominal quien asume aquí la responsabilidad principal.

Sea, por ejemplo, una lesión gástrica. En ella, naturalmente, cumple su respectiva función el simpático, determinando la serie de trastornos que la acompañan. Luego viene la etapa psíquica: las sensaciones de esos trastornos, por los ya conocidos caminos nerviosos y humorales, pasan al gran centro donde se plasman y registran. Estoy nombrando los centros tálamo-estriados. De aquí pasan las sensaciones al piso superior o cortical donde originan imágenes o ideas, acordes por supuesto con la causa que las ha

determinado; en algunos casos se tratará de ideas claras, verbigracia de un dolor localizado en tal parte y de tal intensidad; pero en otros casos la impresión será vaga, penunmbrosa, como una de tantas con que la cenestesia se suele revelar al enfermo, impulsándole a forjar, sobre una base imprecisa, imágenes que no corresponden ciertamente a su mal. En tal caso, bajo esa primera impresión, el cerebro actúa por su cuenta y riesgo. El enfermo se entrega a cavilaciones de toda laya, aun las más antojadizas. Estamos ante un hipocondríaco. Y, todavía, desde la corteza esas cavilaciones bajan al piso talámico y allí obran sobre la afectividad. En el diencéfalo, el complejo hipotalámico entra en función. Se producen a cada paso esos fenómenos de angustia que Cannon llamaba descargas simpático-adrenales.

Pero aún en aquellos casos en que las vísceras abdominales parecen indemnes, sin lesión que explique la presencia de la hipocondría, dándose por ello a ésta un carácter exclusivamente mental o cerebral,— creo yo que, a la larga, aquéllas quedan comprendidas en el proceso morbígeno, ya sea transitoria o definitivamente.

Y aquí también hay lugar de aplicar el esquema que acabo de exponer líneas arriba. De la masa cortical, en que el paciente registra las sensaciones dañosas que operan en un comienzo en forma meramente intelectual, pasan ellas al piso subyacente, y allí promueven, en el conjunto tálamo-estriado, y muy especialmente en el hipotálamo, la serie de fenómenos de carácter afectivo cuya repetición es intoxicante para el organismo en general. Es decir, allí es impresionado una y otra vez el simpático, justamente en su porción más alta y noble. Y del diencéfalo prosigue el proceso creado por la emoción, su marcha, siguiendo en la cavidad abdominal el camino de los esplácnicos, para operar en las cápsulas suprarrenales, dando por consecuencia la hiposecreción de adrenalina que, como bien se sabe, constituye el factor máximo de las intoxicaciones emotivas (dolor, cólera, miedo, etcétera). Y, en fin, por el correspondiente engranaje orgánico, acaban quedando en-

globadas las vísceras abdominales en el síndrome de la hipocondría.

Hasta aquí he avanzado más de una vez el concepto de la **predisposición** en la hipocondría. Cabe, pues, que diga unas palabras acerca de él.

Sin entretenerme a discutir ciertas nociones, como las de diátesis y discrasia, que tienen mucho que ver en la cuestión, entiendo que la predisposición existe realmente, como elemento principal, en el desarrollo de diversas enfermedades, entre ellas la hipocondría.

Y aquí, en primer lugar, obraría siempre el sistema vegetativo, y por tanto las glándulas endocrinas, según lo vengo sosteniendo desde hace muchos años. Uno y otras crean la predisposición, hacen el temperamento individual, conforman el carácter. Bajo su acción queda hecha una como si dijéramos segunda naturaleza, cuyos orígenes estarían en el factor hereditario y en el medio ambiente, dentro de ciertas condiciones.

De esta suerte, la hipocondría puede presentarse, como tengo dicho, en individuos predispuestos, muy fácilmente y aun por obra de agentes insignificantes. Un predispuesto se puede hacer hipocondríaco por una herida levísima en un dedo, mientras otro que no lo es resistirá los más terribles traumatismos morales y materiales, quedando siempre incólume.

El síndrome hipocondríaco.—El dolor

El estudio del síndrome hipocondríaco suscita por fuerza, en primer término, la consideración del dolor. Y aquí viene el parentesco de la hipocondría y la melancolía que tenemos dicho. Pero en la melancolía lo que domina con mucho en el cuadro nosológico es más bien el dolor moral. Y, en cambio, en la hipocondría se trata ante todo del dolor físico.

Y aquí lo paradójico: ese dolor físico, en muchísimos casos, **no existe.** Es decir, no existe en el sentido de que tal o cual órgano de que el enfermo se queja como el asiento de sus sufrimientos, está en realidad sano.

¿Significará esto que el paciente simule o invente el dolor? Afirmarlo tampoco sería exacto. El enfermo sufre efectivamente. Siente ese dolor que él mismo suele pintar con trazos pugnantes. Mas se trata de un dolor **virtual** y no **real**, de un dolor de la imaginación.

Y henos también ante el parentesco o afinidad de la hipocondría con la histeria. Porque ya se sabe, conforme a la doctrina predominante en nuestros días, el papel que en la histeria juega la imaginación. Cuando el histérico, por ejemplo, llama al médico porque ha resultado con un miembro paralizado, ¿será que trata de engañarlo inventando tal parálisis? No. El miembro está paralizado de veras. Pero lo está por obra de la imaginación enferma, no porque existan realmente aquellas lesiones anatómicas cuyo resultado es la hemiplejia. En una palabra, el paciente está simulando. Pero está simulando sin saberlo. O, mejor, está simulando **el otro**; ese otro, llamémoslo así, que habita en el mismo enfermo, por debajo de su conciencia, y forma la parte fundamental de su personalidad.

Ahora bien, yo creo que en un gran número de casos de hipocondría se producen también fenómenos pitiáticos análogos a los de la histeria. Ya se trate de heterosugestión o de autosugestión, el paciente acaba por aceptar la existencia real en su organismo de dolores que sólo son fruto de su imaginación enfermiza. He aquí un ejemplo: el hipocondríaco ha oído quejarse a un amigo suyo de dolores atroces en una pierna, pintándolos como si por dicha extremidad se le pasase con brasas. Es decir, el enfermo ha oído hablar del dolor urente, que, por cierto, es de los más terribles que figuran en la patología. Pues, a poco de escuchar a su amigo el hipocondríaco siente también esa suerte de dolores en una pierna. Puro histerismo, por más que no se trate, en rigor, de un histérico. Y claro es que el médico ante quien recurre el enfermo, des-

cubre fácilmente que la pierna está sana, y entonces trata de persuadirlo de esa verdad. El paciente protesta. Jura que la pierna le duele. Y así es, en verdad. Sólo que el dolor está en su imaginación, que no en la carne, nervios y huesos del miembro acusado. El paciente crea ese dolor y lo cultiva. Y aquí también suele estar **el otro.**

El otro

En mi esquema escalonado de **el trípode psíquico,** había yo colocado la afectividad en un segundo piso —piso del subconsciente—, entre el instinto —piso del inconsciente— por debajo, y la intelectualidad —piso de lo consciente— por arriba.

Y bien: es a la afectividad o subconsciente a quien ahora llamamos **el otro.**

Y es, asimismo, en el piso de la afectividad donde creo que se halla el substrato del dolor hipocondríaco.

Mas para explicarnos mejor, volvamos al ejemplo del dolor urente. El enfermo —decíamos— que oyó a su amigo quejarse de tal dolor en la pierna, queda sugestionado y siente que la pierna también le duele, aunque está indemne del todo. ¿Cómo se ha producido este fenómeno? En la forma siguiente:

La relación del dolor ha penetrado en la conciencia del paciente, o sea en el piso superior de nuestro esquema. Allí se ha hecho idea o imagen, la cual ha pasado al piso subyacente, que es el de la afectividad. O, para hablar en términos anatómicos y fisiológicos, dicha idea ha pasado desde el lóbulo frontal o prefrontal, donde a nuestro juicio se realiza la síntesis de los procesos conscientes, a la masa interna encefálica integrada por los cuerpos tálamo-estriados, ínsula de Reil y región infratalámica. Y aquí es que se ha producido el fenómeno afectivo que se resuelve en el dolor. Ha operado **el otro.** Ante el influjo de la idea parásita llegada del cerebro superior, el cerebro medio, que es la gran estación de las corrientes sensitivas, ha procedido por su cuenta: ha hecho que el enfermo sienta aquel dolor, que no está en la pierna. Es la obra de la imaginación.

Y pasemos ahora a otro proceso harto característico de la hipocondría, y casi antagónico del dolor: el tedio.

El tedio

Si, en efecto, se analizan las variadas manifestaciones de la hipocondría, pronto se ve que en ella hay predominio de sentimientos de malestar, de aburrimiento, de cansancio. El enfermo, como en ciertas formas de la esquizofrenia o de la melancolía, no se interesa por nada. O, mas bien, todo acaba por causarle repulsión.

Es la decadencia del impulso vital: el **tedium vitae**; o, como si dijéramos, la muerte de esa "personalidad profunda" que decía Krausse, o de la fuerza anímica, o, en fin, del alma, por mucho que el organismo siga cumpliendo todas las funciones que informan la existencia material: la respiración, la circulación, la digestión, etcétera. Entonces, el enfermo, aun siendo un joven que apenas entra en ese bello período que Víctor Hugo llamó "la primavera de la vida", en que era natural que su alma se abriese intensamente a los más apasionantes estímulos, permanece frío, impasible y aun hostil para con ellos; el padre ya no ama a sus hijos; aquél que fuera alegre y vivaz se hace huraño y caviloso. Quizá un neoplasma, como el cáncer, obrando en una víscera, ocasiona tales resultados. Pero hay otro neoplasma peor, el neoplasma moral, que a manera de un pulpo monstruoso, aunque invisible, enreda al sujeto en sus viscosos tentáculos.

Conclusiones

Resumiendo nuestros puntos de vista expresados en estas líneas, llegamos a las siguientes conclusiones:

Primera: la hipocondría no es una enfermedad definida; es un síndrome que acompaña a diversas enfermedades.

Segunda: entre éstas figuran, en primer lugar, las enfermedades viscerales de la cavidad abdominal, conforme al criterio antiguo.

Tercera: en la patogénesis de la hipocondría desempeña el principal papel el sistema neuro-glandular.

Cuarta: el papel de la predisposición es capital en la hipocondría.

Quinta: en su sintomatología se puede señalar, en el orden psíquico, como elemento cardinal, el tedio.

Hipocondría y Constitución

Por el doctor JUAN PEON DEL VALLE

HIPOCONDRIA Y CONSTITUCION

POR EL

DOCTOR JUAN PEON DEL VALLE

I

A partir del concepto de **constitución psicopática**, al mismo tiempo que esto mejoraba y modificaba el criterio neuropsiquiátrico, comenzó a hacerse más imprecisa la delimitación entre lo fisiológico y lo patológico en psicología, psicopatología y psiquiatría. Ya eran conocidos los términos de "fronteras de la locura" y de "fronterizos". La concepción actual acerca de la **PERSONALIDAD** es todavía más fina, y el hecho de considerar en renglones aparte la **constitución**, el **temperamento** y el **carácter** como integrantes de la primera, ha dado mayor amplitud a la demarcación de la psicofisiología y de la patología mental.

Al tratar el tema de la hipocondría hay que colocarse, pues, dentro del criterio psiquiátrico que prevalece. Pero antes, como es natural, debe pasarse una revista a lo que se ha pensado de los estados hipocondríacos.

Es bien sabido lo que significa **hipocondrio, del griego** hupo (debajo) y khondrion (cartílago), de donde se deriva en castellano **HIPONCONDRIA**, en latín **hypochondria**, en francés **hypocondrie**, en alemán **milzsucht**, en inglés **spleen**, en italiano **ipocondria**. Quiere decir que antiguamente lo referente a anormalidades o sufri-

mientos del hipocondrio se designaban como hipocondría, pero aunque así debía ser, desde un principio la tendencia fué de asignar ese nombre a las enfermedades de los órganos contenidos en los hipocondrios, pues en esa época los estados de depresión y de tristeza se creían ligados a lesiones de las vísceras contenidas en los hipocondrios, especialmente el derecho y de ellas particularmente el hígado (1).

Poco a poco empezó a involucrarse dentro de la acepción de hipocondríacos, desde los preocupados exageradamente por su estado de salud, los vesánicos de tipo lipemaníaco y melancólico, es decir, las personalidades psicopáticas hasta los psicóticos verdaderos. Y se ve así que, si varían las palabras, poco han variado en realidad los conceptos. Es, en efecto, cuestión de vocablos. En 1909 **Garnier** y **Delamare** llaman hipocondría a una neurastenia cuya causa se relaciona con perturbaciones de los órganos contenidos en los hipocondrios (2). Sin embargo, en esa época ya los términos permitían una definición mucho más acertada. Como siempre, la nomenclatura un poco diferente, y por desgracia también el criterio, entre los médicos generales (aun lexicógrafos) y los especialistas en enfermedades mentales.

Bajo la dirección de **Gilbert Ballet** (3), los especialistas franceses de 1903 ya daban el nombre de hipocondríacas a las ideas que traducían una preocupación constante y mal fundada sobre la salud física y el estado de diversos órganos; y las consideraban vagas o precisas, simples o delirantes, puras o integrando parte sintomática de cuadros nosológicos, desorganizadas o sistematizadas.

De entonces a la fecha, poco se ha adelantado, quizás porque en el terreno descriptivo el tema estaba tratado con bastante acierto y completud. En cambio, desde otros puntos de vista, los conceptos fueron evolucionando.

Hipócrates al describir la melancolía ya tomaba en cuenta los estados hipocondríacos, y lo siguieron haciendo **Galeno, Avicena** y los árabes. Mucho después, **Esquirol**, (4), al describir la lipemanía, y la monomanía (término que hizo fortuna en aquel tiempo), encontraba estrecha relación entre los factores físicos y las ideas hipocondríacas, y aunque en su lista de las causas no anotó pade-

cimientos de las vísceras abdominales, inició el predominio de las causas emocionales; en sus breves historiales clínicos refiere síntomas como fetidez del aliento, tinte amarillo de la piel y mucosas, sabor amargo en la boca, etc., dándole sólo el lugar de cortejo sintomático de un cuadro psicofísico patológico.

Las perturbaciones de la sensibilidad general son consideradas en relación con ideas delirantes y alucinaciones por **Magnan** (5) a fines del siglo pasado. Y de entonces en adelante ya no se desecha la concepción antigua que atribuía conexión entre los estados hipocondríacos y los desórdenes somáticos; pero así como no se consideró puramente psicógena la hipocondría, tampoco se intentó localizar en el hipocondrio o en tal o cual órgano en particular el punto de partida engendrador de esos disturbios mentales. Es decir, que desde fines del siglo pasado se precisó un desequilibrio psicofísico en los hipocondríacos.

En otros terrenos de labor científica fructificaba el mismo modo de ver estas cuestiones. **Ribot** (6) en su admirable exposición acerca del dolor, identificando desde ciertos puntos de vista las diversas formas del mismo, sentaba principios de gran utilidad para las lucubraciones subsecuentes; especialmente en el capítulo de los placeres y dolores morbosos, señalando la utilidad del método "patológico", encontraba reacciones anormales por exceso o por defecto y "desproporciones aparentes" entre la causa y el efecto. Al tratar de los dolores anormales, del tipo melancólico, se pregunta: "¿De dónde proviene el estado penoso bajo la forma permanente? ¿De una disposición orgánica? ¿De una idea fija?". Dice, con razón, que pocos alienistas se han ocupado de este asunto, y agrega, sin razón, que es un problema psíquico más bien que práctico. Como lo conceptuaba **Schülle** (7) los dos orígenes se atribuyen al dolor anormal tipo melancolía: un dolor físico o cierta representación engendra la disposición melancólica y emponzoña la vida afectiva; un estado general y vago de depresión y de desorganización se concreta y se fija en una idea. **Dumas** (8) y **Kraft-Ebing** (9) ya insisten más en la tendencia a investigar desde el punto de vista psíquico y desde el orgánico una explicación de los estados depresivos y particularmente hipocondríacos; por desgracia sin salir del

terreno de las hipótesis, por bien fundadas que estuvieran algunas. Dada la cultura psiquiátrica de las personas que concurren a estas Jornadas Neuro-psiquiátricas, huelga pasar revista a todas esas hipótesis. Sólo merece señalarse que desde fines del siglo recién pasado, se colocan las bases para la concepción actual de los estados hipocondríacos: la **psico-física,** la **conciencia,** la **introspección.** Muy conocidos son los experimentos de **Féré,** quien no se conformó con la observación sino que pasó a la experimentación, y a él débese el conocimiento de que las sensaciones agradables van acompañadas de un aumento de energía y las desagrables de lo contrario.

En la literatura son bien conocidas las descripciones de estados hipocondríacos. **Moliére** (10) demuestra que desde hace mucho tiempo se había el vulgo dado cuenta de ese ser incomprendido, de ese enfermo incurable e insoportable, víctima de la sorna, la ironía, el sarcasmo y la mordacidad, que es el "enfermo de aprensión".

Los psiquiatras americanos desde principios de este siglo hacen consideraciones separando los estados hipocondríacos delusionales de los no delirantes, y ya **Berkley** (11) en su tratado incluye la forma de melancolía hipocondríaca, describiéndola breve pero atinadamente. Esta separación es interesante porque importa fijar el hecho indiscutible de que los hipocondríacos no delirantes abundan pero pocas veces son tomados como enfermos y sólo ha querido hacerse estudios en los delirantes y alucinados, lo que hace inextricable la etiología y la patogenia por involucrarse allí el origen de la delusión y de todo un cortejo semiótico, sea o no independiente de la disposición hipocondríaca.

II

Mejores observaciones comenzaron a hacerse acerca de los estados hipocondríacos a principios de este siglo.

El profesor **Dubois** (12) en Berna dió algunas lecciones interesantes. En la décima quinta señala el hecho de que lo que llama la atención en los enfermos del tipo tratado es la tenacidad de las

ideas fijas, a pesar de que nada viene a confirmarlas y que en algunos hay un gran fondo de verdad en sus afirmaciones. Este es el principio de las hipocondrías. Esos son los estados hipocondríacos de primer grado. Y señala, por otra parte, los casos en que la locura del enfermo aparece desde el primer momento; como la enferma que persiste en creerse embarazada después de 6 meses de tener sus reglas, sin aumento de volumen en el vientre ni en las mamas y afirmándole el médico que la matriz conserva las dimensiones normales. Entre las pequeñas hipocondrías y las grandes hay larga serie de estados intermedios. Todos los congresistas los conocen: el enfermo que se levanta en la noche y se pasea por la alcoba presa de "angustia precordial"; tal otro que relaciona su desgracias reales o ficticias al plexo solar, como el asesino del profesor Fontecilla; aquel otro que tiene las vísceras podridas, perforado el esófago, calcificado el tórax, que siempre va a morir ese día y que vive meses y años creyendo lo mismo o adornándolo.

Lo interesante es que a partir de entonces, los autores empiezan a borrar la hipocondría de los cuadros nosológicos y, desde el citado Dubois, para el que es indiferente llamar hipocondría grave a la melancolía o aceptar una forma de melancolía delirante, hasta la clasificación adoptada recientemente y publicada en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, así como en las propuestas en las Primeras Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico, se ve desaparecer a la hipocondría como entidad clínica independiente. Culpa es de la impropiedad de la voz **hipocondría.** Más acertados han sido los italianos, que tienen un vocablo más adecuado para los individuos que siempre están inquietos por su salud; les llaman **salutistá**, de **salute** (la salud). Es un estado diferente del simple sujeto "aprensivo", y que indica la disposición hipocondríaca.

Uno de los autores que mejor describen los estados hipocondríacos es **Leonardo Bianchi** (13). El eminente psiquiatra italiano va colocando con gran erudición citas científicas y literarias en el curso de su bello y extenso libro. En la psicopatología de la ideación relaciona con los delirios de negación los elementos hipocondríacos, desde la vaga aprensión hasta que se sujeta la mente a

un órgano, proyección periférica de la percepción, delirio metabólico, etc. En la melancolía pura, en la "locura sensorial" (delirios alucinatorios), en la paranoia, en la neurastenia, en la parálisis general progresiva, en la senilidad, las ideas hipocondríacas van teniendo diferentes mecanismos, según Bianchi.

Kraepelin (14) describe la hipocondriasis entre las ideas irreductibles y los temores irresistibles. No involucra aquí, naturalmente, los delirios.

Dos mujeres distinguidas, en 1909, presentan un importante estudio acerca de la psicofisiología del dolor, obra en la cual puede encontrarse la primera fuente de la interpretación orgánica y psíquica de las ideas hipocondríacas (15). **I: Ioteyko,** de Bruselas, y **M. Stefanowska,** de Génova, inician su exposición con definiciones y aforismos, para entrar al capítulo del dolor físico y el dolor moral; estudian la fase metafísica, la fase fisiológica y la fase psicofisiológica de la historia del dolor; las analogías entre el dolor físico y el dolor moral según **Beaunis**; los dolores de fatiga, de inhibición y de inacción; el elemento moral del dolor físico; las opiniones de **Ribot, Mantegazza, Dumont, Bain, Lange Dumas**; el dolor-sentimiento y el dolor-sensación; el dolor físico como sensación afectiva, y el concepto moderno del sentido del dolor. Después tratan del dolor desde el punto de vista clínico; consideran las experiencias de **Lucas-Championniere** y de **Tarchanoff**; la influencia de las diátesis sobre el dolor; las formas clínicas del dolor, las sinalgias, las neuralgias de los amputados, las parestesias. En el capítulo de las causas y modo de producción del dolor, consideran las ideas de **Richet** y las de **Tschich**, la universalidad del dolor y sus variaciones en función de la intensidad de la excitación. Después tratan la algometría, la topografía y la asimetría (las autoras demuestran que el lado izquierdo del cuerpo es más sensible que el derecho). Estudian en seguida los órganos periféricos del dolor, la localización histológica de los cuatro sentidos cutáneos; puntos para el calor, para el frío, para la presión, para el dolor; experiencias de **Magnus Blix, Goldscheider, von Frey, Alrutz, Thunberg** y **Kiesow.** Al referirse a las vías de conducción y los centros supuestos del dolor, exponen que el dolor se transmite por la substan-

cia gris de la medula espinal, mientras que el contacto se transmite por los cordones posteriores y sobre todo por los laterales. Los propios trabajos de **Ioteyko** y **Stefanowska**, así como otros posteriores de **Ramón y Cajal**, coronaron la obra de **Magendie, Brown-Sequard, Schiff, van Dien** y **Golgi** a este respecto. Otro capítulo lo dedican a las disociaciones y a la analgesia; en éste consideran la teoría de **Janet**. Después pasan a los signos del dolor, hasta llegar al choque. Muy interesante es el consagrado a la mímica del dolor. Importantes son también las consideraciones acerca del dolor según el sexo, la edad, la raza, la profesión, los estados patológicos; y el dolor sensorial, con los caracteres de lo agradable y lo desagradable. Citan más adelante una teoría tóxica del dolor. Dedican un capítulo al dolor en el Infierno del **Dante**. Terminan su obra, después de mencionar algunos caracteres fisiológicos y psicológicos del dolor, con la teoría biológica y el papel filáctico del dolor.

Ya se verá más adelante cómo estos estudios psicofisiológicos de principios del siglo están encontrando ahora apoyo y ampliación y sirven para el conocimiento de los estados hipocondríacos.

III

En México, el Dr. **Juan Peón del Valle** (padre) señaló en 1907 la importancia de los sentimientos en la genesiología del delirio de persecución (16), trabajo para la Academia Nacional de Medicina reproducido más tarde en Buenos Aires y que, junto con la Psicología de la Intrcspección Involuntaria (17), sirvió para sentar las relaciones entre la afectividad y los estados delirantes, entre ellos los hipocondríacos. Relacionó también la repercusión en la esfera intelectual y en la cenestesia de los factores físicos con respecto a perturbaciones, entre las que se encuentra la hipocondría. Pero aquí también el capítulo que corresponde a este trastorno es mencionado en lugares diversos e involucrado dentro de los estados depresivos. Como quiera que sea, la irreductibilidad de las ideas erróneas en los enfermos mentales, y de éstos particularmente los

hipocondríacos, habida cuenta del fracaso de la intervención del raciocinio, explícase por los factores cenestésicos y afectivos. Vuélvese a poner aquí el dedo en el renglón por lo que se tratará más adelante, en un intento de interpretación fisiopatológica de la hipocondría. Recuérdese que **Guiraud y Minkowski** (18) han dicho que: "las seudoalucinaciones se diferencian de las alucinaciones por su carga afectiva, que las insinúa profundamente en la personalidad del individuo. Son la expresión de trastornos cenestésicos; su coeficiente sensorial verdadero es muy limitado. La imaginación y la interpretación desempeñan un papel esencial en su mecanismo (síndrome de acción exterior)". Por lo tanto, hay que ir colocando estacas en cada punto que pueda servir de amarre a la teoría de los estados hipocondríacos, y entre los más fuertes están la cenestesia y la afectividad.

En los Estados Unidos el **Dr. Tom. A. Williams** (19), en un discurso pronunciado ante la Academia de Medicina de Cleveland, relató varios casos de hipocondría que mejoraron o sanaron, considerándolos principalmente psicógenos y tratándolos como tales. El que esto escribe también ha publicado algunos (20).

Las relaciones psicofísicas también son mencionadas repetidas veces por **Melcior y Farré** (21), quien, al referirse a los "estados subconscientes y las aberraciones de la personalidad", cita numerosos casos, algunos de hipocondríacos. Sin embargo, este autor concede una preponderancia desproporcionada a la psique, de acuerdo con las disciplinas filosóficas y sobre todo psicopatológicas de su época.

Pero se destaca la autonomía de los estados hipocondríacos cuando éstos se presentan fuera de los cuadros clínicos y la nosografía en los que se está acostumbrado a verlos. Así, **Gilbert Robin**, en su artículo "Explicación de la Desesperación (independientemente de los estados ansiosos melancólicos)" (22), menciona entre los síntomas del caso que presenta, fatiga invencible, algias diversas y caprichosas, con desproporción entre el aspecto benigno del hecho expresado y la intensidad de la impresión experimentada ("mejor la muerte que sufrir así"). La explicación que encuentra Robin está en la cenestesia, y recuerda que la sensación de

vacío, vértigo, mareo, algias vagas, etc., son tan desagradables, tan intensas, tan vitales, que, aun por metafísico que esto parezca, engendra la idea de muerte, y de ahí la desesperación. Se ve, pues, nuevamente, a la cenestesia condicionando la desproporción, el desequilibrio psico-físico.

Resalta también la influencia psíquica sobre el imperativo físico, cuando se ve variar la intensidad de las sensaciones desproporcionadamente. Así se observa que la sed se exacerba cuando se piensa que se carecerá de agua y se calma cuando se cree que se podrá beber. Un médico cubano, en trabajo premiado por la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana con la medalla "Gordon y Acosta" (23) relata diversos ejemplos de sensaciones exaltadas por factores psíquicos, o al contrario; el Dr. Julio **Arteaga** en ese trabajo permite colegir que uno de los factores que alimentan la hipocondría es la idea de incurabilidad. Nuevamente, entonces, la cenestesia y la afectividad en juego. Y esto también está muy evidenciado en un trabajo de **Mira** acerca de la sintomatología psiconeurótica y organoneurótica (24); el eminente psiquiatra español señala alteraciones del apetito, disturbios digestivos, perturbaciones urinarias, algias genitales, trastornos circulatorios, espasmos, fatiga, perturbaciones de la afectividad, desórdenes mnésicos, seudo-reminiscencias y confabulaciones, etc., con la preocupación y aprensión consiguientes; la hipocondría, en fin, aparece nítidamente en las órgano-neurosis. Multitud de trabajos recientes hacen inagotable la fuente de ejemplos: **Baruk** al tratar la anorexia mental y las neurosis disfágicas (25), **Chavany** al referirse a la repercusión sobre el sistema nervioso psíquico de la intranquilidad social actual (26) y más ampliamente **Wyss** en sus trabajos sobre las relaciones físico-psíquicas en la salud y la enfermedad (27).

Muchos estados hipocondríacos, claro está, dependen de mecanismos fáciles de comprender, como el estado mental de los enfermos de tuberculosis pulmonar crónica (28), de los histéricos, psicasténicos y otros (29), en distintas formas del dolor (30), etc.

IV

Dentro de los fenómenos de autoscopía entre los que **Sollier** involucra el aumento en agudez de las sensaciones cenestésicas (31), pueden encontrarse muchos estados hipocondríacos, unos falsos y otros verdaderos, porque en el sujeto puede haber una base grande o pequeña motivo de su aprensión; en los fenómenos de autoscopía externa, positiva o negativa, puede tratarse de una ilusión o de una alucinación; mucho más dudoso es esto en la autoscopía interna, de crítica difícil, y casi imposible de determinar en los trastornos sensoperceptivos cenestésicos.

Existe también el mecanismo de las paralogias en la elaboración de un síndrome hipocondríaco. En notables obras de psicología (32) se ve que hay veces que el prejuicio y la creencia, de cualquiera clase que sea, obliga al razonamiento a obrar en extra-lógica; y esto es fácil de comprender que suceda en estados hipocondríacos, porque allí lo que hay es la lógica de los sentimientos. Esta lógica es un esfuerzo de racionalización.

Aparecen pues, cada vez más claramente, los factores que condicionan la hipocondría. Tiene que desarrollarse una aprensión más o menos fuerte, hasta una delusión hipocondríaca o una hipocondría delirante, en función de la afectividad y de la cenestesia; los elementos del intelecto perturbados por paralogias sentimentales y bases orgánicas alterando la cenestesia.

Y puede decirse ya de los estados hipocondríacos lo que hace mucho tiempo decía **Séglas** (33) acerca del delirio de negación y de los delirios melancólicos, que siempre son síntomas secundarios. Decir melancolía, sea o no de tipo hipocondríaco, es decir un cuadro sintomático que se encuentra en muy diversos padecimientos. Séglas fué quien dió más individualidad a la hipocondría y, sin embargo, nunca la consideró autónoma. Al describir un estado titulado "paranoia hipocondríaca", encuentra grandes diferencias entre la hipocondría y la melancolía, recalcando que en la segunda los disturbios cenestésicos se acompañan de una depresión de la actividad y en la primera al contrario; pero esto es porque se refe-

ría en un caso a los que llamaba hipocondríacos melancólicos y en otro a los hiponcondríacos delirantes sistematizados. **Tuczeck** (34) hace distinciones que no vienen sino a confirmar que los estados hipocondríacos acompañan a diversos padecimientos mentales y siempre varían en función de éstos y especialmente de los trastornos afectivos y cenestésicos.

Binet, al estudiar la sugestibilidad (35), permite suponer que este factor condiciona algunos estados de aprensión según la edad mental del sujeto. También en este sentido existe elocuente documentación en el gran libro de **Sollier** acerca de la génesis y naturaleza de la histeria, con interesantes investigaciones clínicas y experimentales de psico-fisiología (36). Y el profesor **Grasset,** en trabajos de hipnotismo y sugestión, refiere casos en los que el mecanismo de producción de estados hipocondríacos se explica por esos procesos, permitiendo su desaparición (37).

Entre los autores que tratan sobre la melancolía casi sin considerar los estados hipocondríacos, se encuentra **Masselon** (38). Sin embargo, tampoco deja de señalar la estrecha liga de las perturbaciones cenestésicas y del dolor moral con las preocupaciones de los enfermos respecto de su salud. Lo mismo acontece con **Rogues de Fursac** (39).

Un nuevo factor viene a ponerse de manifiesto en las consideraciones de **Féré** sobre la familia neuropática, **Raymond** sobre la herencia morbosa y **Apert** sobre el mismo tema (40, 41 y 42). Desde entonces el factor hereditario sienta carta de naturaleza en la determinación de la predisposición, y más adelante se irá afianzando este otro puntal en el edificio del síndrome hipocondríaco.

Hay que tomar en cuenta otro aspecto de los hipocondríacos, y es el de su actitud en la lucha por la vida. Los factores mencionados hasta ahora como columnas principales: cenestesia, afectividad, predisposición (herencia), hacen del hipocondríaco un ser con actitud especial en la lucha por la vida. Por lo tanto, habrá que distinguir, como ya lo hacía **José Ingenieros** (43 y 44) tres casos: los simuladores de estados patológicos, los disimuladores ("simuladores de la salud") y los sobresimuladores (enfermos realmente pero simulando además); entre estos últimos hállanse

generalmente los hipcondríacos, que a menudo causa perplejidad para distinguir lo que sufren en verdad y lo que simulan sufrir. Cuando simulan lo hacen por motivos diversos, tales como su defensa en la lucha vital, la autosugestión, el afán de ser creídos o compadecidos, etc. Por sabidos se callan y por conocidos es obvio men cionar ejemplos, que ya se encuentran desde la época de **Ritti** (45) y desde entonces innumerables casos clínicos se han descrito. El ilustre profesor de Florencia, **Eugenio Tanzi** (46), autor de una clasificación mejor concebida que las de **Morselli** o de **Kraepelin**, desarrolla el tema de la hipocondría con gran amplitud, sólo que hay que buscar este motivo repartido en diversos capítulos de su obra, precisamente porque abarca desde los desórdenes cenestopáticos y del sentimiento hasta los delirios; desde el punto de vista expositivo e ilustrativo, el libro de Tanzi es uno de los mejores, y en el estudio de los estados hipocondríacos debe ser consultado. Para apoyar el punto de vista que aquí se sustenta, es fundamental. Como es una obra que figura en la librería de todo psiquiatra, no se insiste más.

Encuéntranse estados hipocondríacos integrando síndromes mentales de diferentes categorías y a títulos distintos. Precisamente **Porot** (47) que es uno de los autores que toma los cuadros mentales desde mayores ángulos, con más independencia nosográfica y mejor visualidad semiológica y sindromática, salpica de manifestaciones hipocondríacas los diversos desórdenes mentales, ya sean de origen infeccioso, tóxico, traumático, endocrino-vegetativo, encefalopático, psicógeno o asociados. Esto debe tomarse en cuenta también al considerar los factores que condicionan la hipocondría.

V

Al llegar a este punto, llama la atención lo poco que se ha adelantado en el concepto de hipocondría, a pesar de haberse precisado lo que es la constitución, el temperamento, el carácter y la personalidad.

Investigando en los autores contemporáneos, se encuentran, aunque con distintos vocablos, las mismas concepciones. Así, **Freud** (48), a pesar de su criterio respecto de las psiconeurosis, en apariencia tan novedoso y disímbolo, deja a los hipocondríacos en un plano impreciso. **Van Gehuchten** (49), **Vallejo Nájera** (50), **Wolf** (51), **Müller** (52), **Curschmann** y **Kramer** (53), apenas los consideran.

Solamente el eminentísimo **Jung** (54, 55 y 56), sin tratarlos en especial, los coloca en su justo lugar, que más adelante se señalará y que justifica considerar a los hipocondríacos en inconstante relación con la constitución y la personalidad, en relación también con el yo individual y el yo colectivo. **Schwartz** (57), que tampoco desarrolla un tema especial para la hipocondría, en su obra en colaboración con Allers, Bauer, Braun y otros, presenta un rico material al tratar de la psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales. Es en esta fuente donde mejor se comprende el complejo sindrómico de la hipocondría: el problema del organismo (formas físicas, biología organísmica), el problema cuerpo-alma desde el punto de vista de la Filosofía y de la Psicología natural, la acción de lo psíquico sobre el cuerpo, el valor eficiente de las vivencias psíquicas, los trastornos psicógenos de las diversas funciones y las formas fundamentales de la psicoterapia. Según los autores de Viena, Munich y Estocolmo que colaboran con Schwartz, se entiende bien el proceso hipocondríaco, y más adelante se indicará por qué en esos conceptos se apuntala la manera de pensar lógica sobre este tema.

Berman (58) orienta la determinación de la personalidad hacia las glándulas de secreción interna, y aunque sólo en parte, esto es uno de los factores bioquímicos, hormonales, de los estados hipocondríacos. Ligaríase a este estado los terrores de los niños (**Morton**, 59), el complejo de inferioridad, la angustia y otros que participan de desequilibrios psíco-físicos, como se refieren en obras contemporáneas de **Hamilton** (60), **Fleury** (61), **Barnes** (62) y **Nathan** (63). También **Kretschmer** (64) al estudiar las reacciones histéricas deja comprender la esencia psico-física, la relación personalidad-organismo, en estados psicopáticos a los que también per-

tenece la hipocondría. Pero es **Junod** (65) al relatar y modificar el método **Vittoz**, quien mejor explica los mecanismos psicopatológicos de neurastenia, psicastenia e hipocondría y, junto con el médico **Espiney** y el sacerdote **d'Agnel** (66), quien más novedosos y provechosos sistemas terapéuticos establece para las hipocondrías.

VI

Después de esta revista de las concepciones acerca de los estados hipocondríacos, sólo queda por decirse que los conceptos modernos se limitan a considerar dichos desórdenes como un complejo orgánico y subjetivo. Se admite que puede haber una espina irritativa orgánica o que puede faltar, pero siendo lo esencial la existencia de trastornos cenestésicos. Estudiando la personalidad, a través del temperamento, la constitución y el carácter, se llega a la conclusión de que un estado hipocondríaco aparece en cualquier tipo psicológico, y de ahí se deduce que lo primordial es la cenestopatía.

En efecto, se encuentran síndromes depresivos de tipo hipocondríaco en las neurosis, en las psicosis y en las psiconeurosis; neurasténicos, psicasténicos, histéricos, epilépticos, débiles mentales, melancólicos, seniles, paranoicos, parafrénicos, esquizofrénicos, toxifrénicos, etc., todos pueden presentar hipocondría. Sin embargo, el síndrome no tiene gran importancia en los estados confusionales y en las demencias, pero en cambio su significación semiótica y las consecuencias pronósticas y terapéuticas son mayores cuando se presenta, por ejemplo, en las psicosis compulsivas y en la psicopatía anancástica.

La preocupación acerca de la salud, aun exagerada, puede no entrar en los estados hipocondríacos, y la prueba es que muchas personas son aprensivas respecto de otras y no de sí mismas, como suele acontecer a las madres de hijos únicos, a las solteronas, viudas, etc., con o sin psicosis situacional.

En "Los Mecanismos del Cerebro" el Prof. **Lhermitte** (67) explica cómo se constituye la imagen de nuestro cuerpo, y cita tra-

bajos interesantes en colaboración del distinguido neuropsiquiatra peruano **J. O. Trelles**. La ilusión y la alucinación de los amputados es un tema importante; cuando se les inyecta calcio, la imagen fantasma no desaparece, sino al contrario, el enfermo acusa sensaciones en el miembro que no existe.

El problema más interesante es saber si se puede precisar la localización de la imagen de nuestra personalidad física. Una lesión en esos centros explicaría los delirios hipocondríacos, las alucinaciones de enfermedad. Los hechos anatomo-clínicos demuestran que las lesiones que alcanzan al lóbulo parietal inferior en la región del pliegue de paso entre la segunda circunvolución temporal (gyrus supra marginal), pueden provocar profundas deformaciones de la imagen de sí mismo y aun su desaparición de un lado del cuerpo. Las perturbaciones de la actividad pragmática del tipo de la apraxia constructiva, inducen a pensar que además hay alteraciones de las ligas entre los lóbulos occipitales o la esfera visual con la zona sensitivo-motriz.

En los estados hipocondríacos, que a menudo son transitorios, esos disturbios pueden depender de disfunciones ocasionadas por motivos circulatorios, interferencias psíquicas, etc., y por eso no sería útil hacer investigaciones anatomo-clínicas (experimentales, necropsias, etc.). Se trata, pues, de una hipótesis.

De los tipos leptosómico, pícnico, atlético y combinados, es en las variedades asténicas y longilíneas en las que se encuentra con más frecuencia estados hipocondríacos. Esto por lo que respecta a la constitución (tipología de Kretschmer). En lo referente a la personalidad, la cicloide es la más rica en causas de hipocondría, naturalmente en la fase ciclotímica de depresión.

Aquí podrían citarse las observaciones clínicas más amenas y más elocuentes, pero la calidad de los congresistas hace innecesaria dicha exposición casuística. En general los hipocondríacos son sujetos que no tienen poderosas solicitaciones del ambiente que desvíen la imaginación hacia otros problemas, otros horizontes, otros motivos, impidiéndoles concentrarse sobre sí mismos.

La anatomía filogenética comparativa y la anatomía tipológica según **Brandt**, no ha arrojado luces acerca de la hipocondría, ni

merced al concepto de órganos "isodromos". Las manifestaciones atávicas parecen no tener aquí lugar.

Delgado (68) señala que el pensamiento inhibido tiene estrecha relación con el estado de ánimo; pero, por otra parte, aunque "condicionado por la depresión general psicomotriz o vital (causa de la melancolía), no se puede asegurar que el pensamiento inhibido dependa directamente del estado de ánimo mismo, pues no se observa una relación constante entre la intensidad de la tristeza y la inhibición", sin embargo, cabe suponer que el hipocondríaco, y así se ve en numerosos casos clínicos, sufre inhibiciones y nunca posee el pensamiento discursivo normal. Tendría "cortos circuitos" con derivación según la espina irritativa orgánica, y motivando la repetición del tema psicopatológico.

En otro de sus trabajos (69) el profesor suramericano describe las condiciones que frecuentemente se encuentran en el origen de ciertas hipocondrías, aunque no se refiere a éstas de modo particular.

"La falta de estímulo o clima interior y exterior propicio a la emergencia de tendencias poco exigentes o no reconocidas conscientemente, tiene por consecuencia la producción de vagos sentimientos de desagrado o insatisfacción que pueden llegar a constituír el **tedium vitae**, incluso cuando se logran fines que se esperaba venturosos. Tal ocurre hoy a menudo con individuos que colman todos sus apetitos físicos de manera óptima y sin embargo, alejados de la naturaleza y de los nobles incentivos de la vida espiritual, llevan una vida interior miserable". (loc. cit.).

Por otra parte, dos o más tendencias pueden alternar o sucederse en el predominio de la vida psíquica. **Jung** (70) incorpora a la psicología el término de Heráclito y llama ley de la **enantiodromía** aquella según la cual el exceso de un estado u orientación suscita el otro. Se ven estados hipocondríacos en enfermos con ideas de grandeza y satisfacción, poder y fuerza.

Para finalizar estas consideraciones, puede afirmarse que en los hipocondríacos hay baja de la tendencia transitiva de rendimiento, y en muchos casos desorientación timética por pérdida de la fe.

La amplitud del término hipocondría se manifiesta en muchos ejemplos; así, en "Las Tercianas del Conde de Chinchón" (71) el Dr. **Paz Soldán** asienta: "Atacado por el plasmodium, reacciona como un adulto vigoroso, con fiebre y restablecimiento rápido, con recidivas anuales, con desglobulización paulatina, que lo llevaría a la icteria y a la hipocondría, debido, sin duda alguna, a la fuerte esplenomegalia reaccional, como lo veremos por el año de 1638".

Pero en este trabajo no interesa **el hipocondrio.** (*) Se ha querido circunscribir e involucrar bajo los términos **estados hipocondríacos,** desde el enfermo de aprensión hasta el melancólico delirante. Enfermos con base fisiopatológica y psicopatológica y con el tema subjetivo de una enfermedad exagerada, mal valorizada o inexistente.

VII

Se plantea la cuestión: ¿hasta qué grado se puede explicar en la actualidad el estado hipocondríaco?

Tres factores se encuentran presentes en dicho trastorno: personalidad determinada, desórdenes cenestésicos y algún disturbio orgánico que no siempre es descubierto.

El factor que predomina se colige del valor eficiente de las vivencias psíquicas. La acción de lo psíquico sobre el cuerpo, la psicogénesis y la psicoterapia de los síntomas corporales así lo evidencian. Hay a veces gran predominio de los factores exógenos y disposicionales (menstruación, ictericia, tóxicos). Por lo demás, en la mayoría de los hipocondríacos fracasan los métodos psicoanalíticos y psicagógicos (72), al contrario de lo que sucede en otros trastornos (73), como se desprende de trabajos personales del que esto escribe.

La importancia de la esfera afectiva está hoy esclarecida, y Schwartz lo esquematiza así:

(*).—La "tiricia" del siglo XVII tiene más relación con las ictericias actuales, que la "ypocondria maliciosa" de entonces con la hipocondría como hoy se considera.

reversible		sobre el órgano normal
	acción del afecto	
irreversible		sobre el órgano patológico.

La **constitución individual como base de los trastornos nerviosos** es uno de los capítulos mejores de la obra Schwartz, desarrollado por el Dr. **J. Bauer.** Allí se sintetizan los conceptos actuales a este respecto, y **Allers** hace comprensibles las ideas y el método de la interpretación, que estaría perturbada en los hipocondríacos. Estudiando la patología especial de los síntomas orgánicos de carácter psicógeno, se llegan a entender muchos procesos que conducen a la hipocondría: trabajos de **Hoepfner** y de **Peón del Valle** (p) acerca de la fonación y trastornos afásicos por bloqueo, complejo perturbador directo de la constitución psíquica; de **Braun** acerca de la actividad cardíaca y respiratoria; de **Heyer** respecto de las digestivas; de **Mayer** relativas a los trastornos psicógenos de las funciones sexuales femeninas, etc.

Montassut, que ha escrito una de las obras más recientes acerca de la **depresión constitucional** (74), pasa revista histórica y crítica de la Neurastenia, describe los signos objetivos (perturbaciones digestivas, cardiovasculares, instabilidad humoral, desequilibrio neurovegetativo, desórdenes sensoriales y de la sensibilidad general, alteraciones endocrinas), las manifestaciones subjetivas (sensación de fatiga, impresionabilidad, sentimiento de impotencia e inseguridad) y las complicaciones de la depresión constitucional: psicastenia y obsesiones, los comportamientos nerviosos, las crisis ansiosas, las psicosis de agotamiento, las cenestopatías, las organopatías funcionales. Libro escrito según el criterio actual, no es extraño que coincida con lo anotado en este trabajo, y se cita aquí en apoyo de lo sustentado a través de él. Admite también la predisposición física y atribuye además importancia a la alcalosis y a la astenia, pensando que interviene la emotividad y el metabolismo del calcio y del potasio. Las conclusiones terapéuticas prácticas a que llega Montassut, se derivan de esas consideraciones.

Lafora, en las conferencias que está dando en Méjico en estos días (nov.-dic. 1938) acerca del carácter y la personalidad, insis-

te en la importancia de la estructuración de ésta por lo que se refiere a las reacciones. Está unificado, pues, el criterio de los especialistas en estos asuntos.

Finalmente, cabe anotarse que los hipocondríacos son deprimidos constitucionales y benefician de los conocimientos médicos actuales, por cuanto se considera su estado dependiente de factores cada día mejor conocidos.

En resumen, los estados hipocondríacos se presentan en deprimidos constitucionales, y están condicionados por multitud de factores exógenos y endógenos, orgánicos y psíquicos, entre los cuales predominan los siguientes:

Ambiente monótono, inadecuado o deprimente.

Personalidad ciclotímica.

Constitución asténica.

Disfunción cenestésica.

Espina irritativa orgánica.

En el estado actual de los conocimientos, la terapéutica de estos trastornos varía en función de la entidad clínica en la cual esté injertada la hipocondría. El tratamiento sintomático pasa a segundo término en las hipocondrías de los dementes y de los psicópatas con disgregación, pero ocupa el primer plano en los deprimidos constitucionales puros (neurópatas), en los que puede emplearse el psicoanálisis, la psicoterapia sin base teorética, los métodos psicagógicos y las medicaciones bioquímicas de farmacodinamia equilibradora.

BIBLIOGRAFIA

Siendo imposible revisar todo lo que se ha escrito acerca de la hipocondría, el autor se limita a citar las obras consultadas en su biblioteca particular de Mixcoac (Méjico).

A.—Orden de las obras consultadas.

(1) A. DECHAMBRE, MATHIAS DUVAL, L. LEREBOULET.—"Dictionnaire Usuel des Sciences Médicales". París, 1882. Pág. 806 y 807.

(2) M. GARNIER y V. DELAMARE.—"Dictionnaire des Termes Techniques de Médecine". París, 1909. Pág. 266.

(3) GILBERT-BALLET.—"Traité de Pathologie Mentale". París, 1903. Pág. 252 y sgts.

(4) E. ESQUIROL.—"Des Maladies Mentales considérées sous les rapports Médical, Hygiénique et Médico-Légal". Tomo I, Pág. 197-237. París 1838.

(5) V. MAGNAN.—"Leçons Cliniques sur les Maladies Mentales". Pág. 250 y sgts. París, 1893.

(6) TH. RIBOT.—"La Psicología de los Sentimientos" (trad. R. Rubio). Madrid, 1900.

(7) SCHULLE.—"Tratado Clínico de las Enfermedades Mentales". En Ribot, loc. cit.

(8) G. DUMAS.—"Les états intelectuelles dans la mélancolie". En Ribot, loc. cit.

(9) KRAFFT-EBING.—T. II, cap. I, Ribot, loc. cit.

(10) J. B. POQUELIN (Molière). "Le Malade Imaginaire".

(11) HENRY J. BERKLEY.—"A Treatise on Mental Diseases". Pág. 134. New York, 1900.

(12) DUBOIS.—"Les Psychonévroses et leur traitement moral". Pág. 215 y sgtes. París, 1904.

(13).—LEONARDO BIANCHI.—"A Text-Bock of Psychiatry", authorized translation from the italian by James H. McDonald. New York, 1906.

(14) EMIL KRAEPELIN.—"Lectures on Clinical Psychiatry". Authorized translation from the second german edition, rev. and ed. by Thomas Johnstone. New York, 1906.

(15) IOTEYKO y STEFANOWSKA.—"Psycho-Physiologie de La Douleur". París, 1909.

(16) PEON DEL VALLE (padre).—"Importancia de los Sentimientos en la Genesiología del Delirio de Persecución". Memoria presentada a la Academia Nacional de Medicina. México, 1907.

(17) JUAN PEON DEL VALLE (padre).—"La Introspección Involuntaria. Contribución al estudio de las ilusiones de lo ya vivido". México y Buenos Aires, 1908. Ediciones especiales y Arch. de Psiq. y Crim., año VII.

(18) GUIRAUD y MINKOWSKI.—Psicopatología General, en La Psiquiatría. "Le Monde Médical", abril 1931, Nº 826.

(19) TOM A. WILLIAMS.—"El tratamiento de los psiconeuróticos". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Abril, 1931. Washington, D. C. (E. U. A.).

(20) JUAN PEON DEL VALLE (hijo).—"Afonía Psicógena". Rev. Mex. de Psiq., Neur y Med. Leg. Vol. IV, Nº 22, Nov. 1937.

(21) MELCIOR Y FARRE.—"Los Estados Subconscientes y las Aberraciones de la Personalidad". Barcelona, 1904.

(22) GILBERT ROBIN.—"Explicación de la desesperación". Le Monde Médical, Nº 815. Sept. 1930. París-Barcelona.

(23) JULIO F. ARTEAGA.—"En el Estado actual de la Ciencia, ¿puede determinarse dónde residen las sensaciones del hambre y de la sed"?.—Habana, Cuba. 1919.

(24) EMILIO MIRA.—"Concepto General y Sintomatología Psiconeurótica y Organoneurótica". Revista de la Policlínica de Caracas, año V, Nº 20, Venezuela, Feb. 1935.

(25) H. BARUK.—"La anorexia mental y las neurosis disfágicas". Clinique et Laboratoire. Año XIII, Nº 11. Nov. 1934. París.

(26) J. A. CHAVANY.—"La repercusión sobre el sistema nervioso psíquico de la intranquilidad social actual". Clinique et Laboratoire. Año XIII, Nº 11. Nov. 1934. París.

(27) WALTER H. v. WYSS.—"Relaciones físico-psíquicas en la salud y la enfermedad". Trad. Dr. Manuel Avilés. Leverkusen, Alemania. 1934.

(28) JUAN PEON DEL VALLE (padre).—"Iscuria histérica". En "El Observador Médico", órgano de la Sociedad Médica Pedro Escobedo. México, Sept. 15, 1904. Tomo IV, Nº 18.

(29) JUAN PEON DEL VALLE (padre).—"El estado mental de los enfermos de tuberculosis pulmonar crónica". Id. Nº 26. 1907.

(30) ALBERTO LOPEZ HERMOSA.—"El dolor" Discurso de clausura en la sesión de aniversario de la Sociedad Médica Pedro Escobedo. 12 julio 1907. México.

(31) PAUL SOLLIER.—"Les Phénomènes d'Autoscopie". París, 1903.

(32) TH. RIBOT.—"La Logique des Sentiments". París, 1905.

(33) J. SEGLAS.—"Le Délire des Négations". Séméiologie et diagnostic. Págs. 68 y 173. París, 1900.

(34) TUCZECK. —"Allg. Zeitsch. f. Psych". XXXIV, 1882. Kraft-Ebing. Lehrbuch der Psych.

(35) ALFRED BINET.—"La Suggestibilité". París, 1900.

(36) PAUL SOLLIER.—"Genèse et Nature de l'Hystérie". París, 1897.

(37) GRASSET.—"L'Hypnotisme et la Suggestion". Págs. 318 y sigtes. París, 1900.

(38) RENE MASSELON.—"La Mélancolie. Etude Médicale et Psychologique". París, 1906.

(39) J. ROGUES DE FURSSAC.—"Manuel de Psychiatrie". París, 1903.

(40) CH. FERE.—"La Famille Névropathique. Théorie tératologique de l'hérédité et de la prédisposition morbides et de la dégénérescence". París, 1894.

(41) PAUL RAYMOND.—"L'Hérédité Morbide". París, 1905.

(42) APERT.—"L'Hérédité Morbide". París, 1919.

(43) JOSE INGENIEROS.—"La Simulación en la Lucha por la Vida". Madrid y Valencia, 1906.

(44) JOSE INGENIEROS.—"La Simulación de la Locura". Buenos Aires, 1908.

(45) ANT. RITTI.—"Traité Clinique de la Folie a double forme". Págs. 51 y sgtes. París, 1883.

(46) EUGENIO TANZI.—"Trattato delle Mallatie Mentali". Milano, Italia, 1905.

(47) A. POROT.—"Les Syndromes Mentaux". Préface du Professeur H. Claude. Paris. 1928.

(48) SIGMUND FREUD.—"Obras Completas". Dieciséis volúmenes. Madrid, 1935.

(49) L. VAN GEHUCHTEN.—"Les Maladies Nerveuses". Lovaina, Bélgica, 1926.

(50) A. VALLEJO NAJERA.—"Propedéutica Clínica Psiquiátrica". Madrid, 1936.

(51) WILLIAM WOLF.—"Endocrinology in Modern Practice". Filadelfia y Londres, 1937.

(52) L. R. MULLER.—"Sistema Nervioso Vegetativo". Madrid, 1937.

(53) H. CURSCHMANN y F. KRAMER.—"Tratado de las enfermedades del sistema nervioso". Barcelona, 1932.

(54) C. G. JUNG.—"El Yo y lo Inconsciente". Santiago de Chile, 1936.

(55) JUNG.—"Tipos Psicológicos". Santiago de Chile, 1936.

(56) JUNG.—"La Psique y sus problemas actuales". Santiago de Chile, 1936.

(57) OSWALD SCHWARTZ.—"Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales". Madrid, 1932.

(58) LOUIS BERMAN.—"The glands regulating personality". Nueva York, 1928.

(59) G. F. MORTON.—"Childhood's fears". New York, 1925.
(60) G. V. HAMILTON.—"An introduction to objective psychopathology". St. Louis (E. U. A.), 1925.
(61) MAURICE DE FLEURY.—"La angustia humana". Madrid, 1926.
(62) FRANCIS M. BARNES Jr.—"An introduction to the study of mental disorders". St. Louis (E. U. A.), 1923.
(63) MARCEL NATHAN.—"Les psychoses évitables". París, 1930.
(64) ERNST KRETSCHMER.—"La Histeria". Madrid, 1930.
(65) A. JUNOD.—"Obsession, Neurasthénie. Les Vibrations Cérébrales". París, 1933.
(66) Dr. D'ESPINEY y Abate ARNAUD.—"Direction de Conscience. Psychothérapie des troubles nerveux". París, 1927.
(67) Prof. JEAN LHERMITTE.—"Comment se construit l'image de notre corps". L'Esprit Médical, 13 mayo 1938, Nº 212.
(68) HONORIO DELGADO.—"Psicología general y psicopatología de las tendencias instintivas". Revista de Neuropsiquiatría, tomo I, Nº 3, Sept. 1938, Lima, Perú.
(69) DELGADO.—"Psicología general y psicopatología del pensamiento y la imaginación, Mayo 1936, Lima, Perú.
(70) JUNG.— Loc. cit.
(71) CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN.—"Las tercianas del Conde de Chinchón". Lima, Perú, 1938. Pág. 47.
(72) JUAN PEON DEL VALLE (hijo).—"Profilaxis individual de las psicosis". Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, tomo II, Nº 11.
(73) PEON DEL VALLE, (hijo).—Loc. cit. nota 20.
(74) MONTASSUT.—"La Dépression Constitutionnelle". L'ancienne neurasthénie dans ses rapports avec la médicine générale. Clinique Biologie. Thérapeutique. París, 1938.

B.—Autores Citados

Dumas, G.
Dubois
Duval, Mathias
Esquirol, E.
Féré, Ch.
Freud, Sigmund
Garnier, M.
Gehuchten, L. Van
Gilbert-Ballet
Grasset
Guiraud
Hamilton, G. V.
Ingenieros, José
Ioteyko
Jung, C. G.
Junod, A.
Kraepelin, Emil
Kramer, F.
Krafft-Ebing
Kretschmer, Ernest
Lafora, Gonzalo
Lereboulet, L.
López Hermosa, A.
Lhermitte, Jean
Magnan, V.
Masselon, Réné
Melcior y Farré
Minkowski
Mira, Emilio
Montassut, M.
Müller, L. R.
Morton, G. F.
Nathan, Marcel
Poquelin, J. B.
Peón del Valle, p.
Peón del Valle, h.
Paz Soldán, C. E.
Ribot, Th.
Robin, Gilbert
Rogues de Furssac, J.
Raymond, Paul
Ritti, Ant.
Schülle, Schwartz, Schneider
Sollier, Paul
Séglas, J.
Stefanowska
Tanzi, Eugenio
Trelles, Oscar
Tuczeck
Vallejo Nájera, A.
Vittoz
Wolf William
Williams Tom A.
Wyss, Walter H. v.

Localisação Nosographica da Hypocondria

Pelo Prof. Dr. HENRIQUE ROXO

Cathedratico de Clinica Psychiatrica da Faculdade de Medicina
do Rio de Janeiro

LOCALISAÇÃO NOSOGRAPHICA DA HYPOCONDRIA

Pelo Prof. Dr. Henrique Roxo,

Cathedratico de Clinica Psychiatrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

Ponto fundamental para bem explanar o assumpto é frisar bem o que deva ser tido como *hypocondria*.

O erudito Prof. Dr. Pedro Pinto em seu excellente Diccionario de Termos Medicos define: estado mental caracterisado por exaltação da sensibilidade, medos panicos, tristezas exaggerada. De hypochondrion, hipocondrio, região do figado.

O competentissimo Prof. Mira, analysando o que se deve ter como *delirio hypocondriaco*, frisa que nelle ha crenças e preoccupações injustificadas, porém irreductiveis, idéas delirantes, acerca do estado do corpo. Ha então uma *senso-percepção catathymica*, isto é, o individuo interpreta erradamente, num mau sentido, as sensações que tenha em suas visceras. Ha uma convicção de existencia de doença muito grave.

Ha uma alteração cenestopathica.

Ha interpretações morbidas da autoscopia do corpo.

O Prof. Mira accentua que o *delirio hypocondriaco* existe na *melancolia e estados depressivos involutivos*, nas *manifestações iniciaes da eschizophrenia, em formas phycho-neuroticas de tonalidade neurasthenica.*

Na Pratica Semiologica de Sollier e Courbom considera-se a existencia de uma *hypocondria simples* e de uma *delirante*. Sempre no caso o individuo se preoccupa com seus disturbios da cenesthesia, a que presta uma attenção demasiada, havendo ansiedade, com angustia, depressão, inquietação, ao mesmo tempo que ha indiferença por tudo que não concerne á doença.

É facto que sob o ponto de vista physico o hypocondriaco não póde ser tido como um individuo sadio. Os males são exagerados, interpretados erroneamente, mas existem.

É a sensibilidade visceral que nos fornece as percepções que têm relação com as modificações que se produzem nos nossos orgãos. As sensações que ahi se produzem, têm um ponto de partida peripherico e localisado.

Nos hypocondriacos é, ás vezes, a sensação indefinevil, extranha.

A sensação tem, então, sua séde nos centros nervosos superiores. É central e não peripherica.

A *cenesthesia* é caracterisada pelo sentimento que nós temos da vida do nosso organismo.

Este sentimento está de tal modo tão intimamente ligado ao nosso *eu* que passa *despercebido*. Só quando a cenesthesia se mostra alterada ou abolida, é que damos conta delle.

O hypocondriaco é essencialmente um cenestopatha. É sempre um pessimista que tudo sente e tudo julga pelo lado máu.

Ha uma sensação de falta de segurança, em que ás vezes, o individuo não consegue bem precisar o que sente. Ha, porém, uma sensação de cousa anomala que o colloca receioso e afflicto.

A cenestopathia póde mostrar-se localisada ou generalisada. No primeiro caso ha a idéa de doença em um dado orgão, no segundo, o soffrimento diffuso póde trazer a impressão de mudança da personalidade.

Dupré e Camus, em estudo que fizeram a respeito de *cenestopathias*, caracterisaram-nos pela existencia de sensações extranhas, penosas, acompanhadas de angustia, muitas vezes, diversamente localisadas. Disseram que ellas não darian delirio. Aquillo que a allucinose é para o delirio allucinatorio, a cenestopathia sel-o-ia para o delirio hypocondriaco.

Não estou de accordo com estas idéas e acho que o delirio hypocondriaco é frequentemente o epilogo dessas sensações anormaes.

O delirio hyponcondriaco depende mais vezes de *illusões* do que propriamente de *allucinações*. É a interpretação errada de uma cousa real.

Sempre o individuo pensa que tem uma cousa muito grave, embora esta não tenha importancia.

O hypocondriaco aceita muitas vezes o exame que nelle se faça, mas tem sempre a impressão de que não foi elle completo ou perfeito. E quando o informe apparece de que nada se encontrou de importante, ha um sorriso de escarneo e descrença e a convicção do mal sentido perdura.

Interessante é que ás vezes, os symptomas mais insignificantes são tidos como o testemunho das doenças mais graves.

Ballet admite a *pequena hypocondria* em que o paciente se preocupa coma causa, natureza e consequencias do que sente, a *idéa hyponcondriaca* em que ha uma obsessão angustiosa e tenaz, a *grande hyponcondria*, em que a idéa adquire um caracter de convicção e resiste a todos os argumentos e provas contrarios e a *idéa hypocondriaca delirante*, em que ha precisão, systematisação e certeza.

Si muitas vezes a *hypocondria* se apresenta como *uma modalidade da melancolia*, no entanto, é preciso bem frisar que nem sempre isto sucede. O *melancolico* é fundamentalmente um *auto-acusador* e o *hypocondriaco* um *cenestopatha*.

A sensibilidade interna neste se mostra sempre compromettida. Ha tambem o mal estar que se pode traduzir pela *angustia*, sensação physica de aperto no thorax, e pela *ansiedade*, phenomeno psychico, diffuso.

Ha uma fórma de *melancolia* que se denomina *hypocondriaca*.

Encontra-se como modalidade da *psychose maniaco depressiva*, porém, mais vezes, como da *psychose de involução*. Nesta um dos elementos essenciaes é a *ansiedade*, havendo segundo Mira, alterações thyreoidéas e vaso-motoras intensas e transtornos do equilibrio acido-basico.

Além de poder a *hypocondria* ser uma modalidade clinica de *psychose maniaco-depressiva* ou da *psychose de involução*, pode apparecer como um estado inicial da *eschizophrenia*. Esta começa quasi sempre por um estado penoso de cenestopathia. Ha muitas vezes uma sensação de mudanças do proprio eu, mas frequentemente tenho observado que o doente se mostra entristecido, com uma sensação de doença em um ou varios orgãos e a atenção constantemente fixa em relação a estes pontos.

A hypocondria, com todos os seus predicados, pode apresentar-se como um syndromo que marque o indicio da eschizophrenia.

Na modalidade sensorial da *neurasthenia* que eu chamo *nervosismo*, é muito encontradiço a hypocondria. Na neurasthenia não ha delirio com allucinações, nem se desenvolve um delirio systematisado. Ha, porém, disturbios multiplos da cenesthesia, com ansiedade e angustia, e o individuo que se sente doente, interpreta tudo com idéas pessimistas. As vezes, o quadro clinico pode ser todo elle dominado por este feitio.

No *syndromo de Cotard*, em que ha a coexistencia de *idéas de negação, idéas de immortalidade*, a que se ligam *idéas* de condemnação ou de posse physica, *idéas de enormidade, ansiedade melancolica, tendencia ao suicidio e analgesia*, ha o predominio da hypocondria na caracteristica clinica. É um episodio da psychose de involução, podendo tambem apparecer na psychose maniaco depressiva forma melancolica.

Na *confusão mental* póde haver um *syndromo hypocondriaco*. Na falta de clareza do pensamento e na sensação de sofrimento em suas visceras, tem o confuso mental motivos para se sentir doente e se mostrar entristecido.

Idéas hypocondriacas pódem marcar o inicio do *delirio systematisado allucinatorio chronico*. Além das zoadas e das alucinações auditivas que muito incomodam o doente, ha o cansaço emotivo e idéas melancolicas com que coincidem sensações penosas de doenças em varios orgãos.

Nos *accidentes do trabalho*, muito bem analysados por Brissaud, ha *sinistrose*, em que ha a preoccupação por uma indemnisação pelo accidente soffrido, ha hypocondria com idéas de *reivindicação*.

Nos *accidentados da guerra*, muito bem estudados por Laugnel Lavastine e Courbon, ha, além dos casos de simulação de doença *para* obter indemnisação, os verdadeiros *hypocondriacos* reivindicadores, ás vezes. Na *demencia senil* póde haver um *syndromo hypocondriaco,* embora não muito frequente e o doente não costuma repizar tanto as idéas pessimistas, baseadas nos disturbios da cenesthesia. Ha mais vezes um estado de torpor e apathia.

A *hypocondria dos hystericos* tem um feitio muito interessante, bem descripto por Tanzi-Lugaro. É que o doente fala muito a respeito de seus soffrimentos, mas, muito suggestionavel, passa facilmente da tristeza á alegria, no momento em que surge a esperança da cura proxima. É notavel a verbosidade dos hystericos hypocondriacos.

O *delirio hypocondriaco* póde aparecer na *paralysia geral,* em que se salienta um feitio muito pueril e absurdo. É o caso em que o individuo allega ter a cabeça de vidro, as pernas de assucar e uma pedra no coração.

Na *encephalite lethargica* ha *depressão hypocondriaca.* O individuo tem a sensação de doença e se entrega aniquilado ao soffrimento.

Na *arterio-esclerose* cerebral ha muitas vezes *mnifestações hypocondriacas.*

O mesmo tambem se nota na *syphilis cerebral.* Na *paraphrenia systematica* tal tambem pode occorrer.

No excellente Tratado de Kraepelin e Lange o *syndromo hypocondriaco* é muito bem descripto. Os pensamentos hypocondriacos se fundamentam nos disturbios da cenesthesia.

No estudo da *localisação nosographica da hypocondria,* a primeira questão a ser investigada é si a hypocondria deve ter um lugar destacado nas classificações de doenças mentaes? Penso que não. A *hypocondria* é um syndromo que geralmente estudado no capitulo da psychose maniaco-depressiva, merece actualmente considerações cuidadosas no estudo *da eschizophrenia,* da *psychose de involução* e do *nervosismo.*

No *melancolico hypocondriaco* ha sempre *idéas de auto-accusação.* O doente se acusa de estar soffrendo por se ter descuidado

de sua saúde, de estar espiando erros e defeitos proprios. Quando as idéas delirantes o collocam como um perseguido disto elle se queixa, embora ache até certo ponto uma razão de ser na perversidade de sua conducta, nos sentimentos máos que cultivou, na sua personalidade morbida.

Na *eschizophrenia*, o estudo do syndromo hypocondriaco tem actualmente uma importancia extraordinaria. Esta doença nunca começa por uma grande alegria e sim por uma notavel tristeza, com idéas hypocondriacas. Ha sempre no inicio uma cenestopathia, podendo haver uma mudança completa da personalidade.

A eschizophrenia que representa o verdadeiro typo de loucura, é acompanhada frequentemente por uma modificação profunda da personalidade e esta se constitue em consequencia das graves alterações da cenesthesia.

É facto interessante que sendo as idéas hypocondriacas tidas comunmente como um feito da melancolia, são, no entanto, mais vezes encontradiços na eschizophrenia e na psychose de involução.

Tambem mais vezes, nestas duas entidades clinicas se apresentam ellas cheias de allucinações e comportam um prognostico bem desfavoravel.

Indagando-se a *localisação nosographica* da *hypocondria*, deve-se accentuar que esta é um *syndromo* que tem como predicados fundamentaes *tristeza* e *perturbações multiples da cenesthesia*. Existe elle em varias entidades clinicas. Não é, pois, um predicado exclusivo da *melancolia*. Tem maior importancia na *eschizophrenia*, principalmente no inicio. Influe muito na *ansiedade*, elemento essencial na *psychose de involução*.

O *pessimismo* é effeito da tristeza. Esta é muito influenciada pela *sensação de doença*, em que muito actuam *disturbios da cenesthesia*.

A hypocondria não traz obrigatoriamente *idéa* de *culpabilidade*, de *auto-accusação*. Isto é fundamental na *melancolia* de que muitas vezes a *hypocondria* não faz parte.

Penso, pois, que a melancolia não seja o lugar em que sempre se deva collocar a hypocondria. A doença em que mais fraquentemente se encontra a *hypocondria* é a *psychose* de *involução*.

O *delirio de negação* de Cotard que representa um feitio grave da phychose de involução, tem como elemento fundamental idéas hypocondriacas.

Na *fórma paranoide da eschizophrenia* em que muito importam o *delirio de posse physica* e o *phenomeno do echo do pensamento,* ha idéas hypocondriacas muito accentuadas.

O *neurasthenico,* particularmente em sua fórma sensorial que eu chamo *nervosismo,* tem idéas hypocondriacas bem notaveis. Por causa dellas elle se sente doente e interpreta tudo com um feitio pessimista. Na hypocondria é mais essencial a perturbação da cenesthesia, com tristeza, do que a idéa delirante. Esta póde deixar de existir. Aquella é que não. Quando ha idéas delirantes, estas estão mais vezes ligadas a erros de interpretação, a illusões, do que propriamente a allucinações. Muitas vezes ha na hypocondria um fundo real, uma doença positiva em um dado orgão. O doente, porém, interpreta mal ou exagera.

O *desequilibrio vago-sympathico* póde influir muito na genesis de sensações anormaes e de disturbios da cenesthesia; synthetisando-se, *póde-se concluir* que: a hypocondria não é doença e sim *syndromo.* Este existe na psychose de *involução,* na *eschizophrenia,* na *psychose maniaco-depressiva* e na *neurasthenia.* Em outras doenças póde apparecer, muito raramente, pórem.

O modo pelo qual antigamente se entendia a hypocondria, é muito differente daquelle, pelo qual e élla hoje entendida.

Hipocondría y Manifestaciones Hipocondríacas

Por el Dr. **ANTONIO SICCO**, Profesor Agregado de Psiquiatría

(Montevideo)

HIPOCONDRIA Y MANIFESTACIONES HIPOCONDRIACAS

Dr. Antonio Sicco

Profesor Agregado de Psiquiatría
Montevideo

INTRODUCCION

LA DECADENCIA DE LA HIPOCONDRIA

La hipocondría es antigua como la ciencia médica. Su historia se inicia con Galeno. Sin embargo, a comienzos de este siglo, desaparece como entidad nosográfica, desplazada por las neurosis nacidas en las postrimerías del siglo pasado: la Neurastenia (Beard-1880), la Psicastenia (Janet-1894), la Neurosis de Angustia (Freud-1895). De enfermedad pasa a ser sindrome, de sindrome a síntoma.

Esta declinación se transparenta en las definiciones que hacen de la hipocondría los autores de fines del siglo XIX y los del comienzo del siglo XX. Para Seglas (Leçons Cliniques — 1887 a 1894): "La hipocondría es un estado psicopático esencialmente caracterizado por preocupaciones exageradas sobre el estado de la salud en relación con sensaciones subjetivas que el paciente trata de interpretar de una manera más o menos razonable en sus causas y sus consecuencias". Esta definición descriptiva comienza por afirmar que se trata de un estado psicopático, y lo caracteriza por la manifestación central: "la preocupación exagerada sobre el estado de

la salud" y especifica los otros componentes hipocondríacos: los síntomas físicos y el comentario intelectual. Para Arnaud (en el Tratado de Gibert Ballet — 1903): "La hipocondría está caracterizada por la preocupación excesiva de la salud y del estado de los "órganos" y agrega en seguida: "esta preocupación es lo más a menudo el resultado de sensaciones subjetivas más o menos anormales". Poco más tarde Roy suprime la segunda parte y la deja reducida a la preocupación excesiva o sin fundamento de la salud. Fórmula breve pero que no define propiamente la hiponcondría sino el síntoma esencial de la hipocondría. Toda preocupación excesiva por la salud no es una hipocondría sino simplemente la preocupación hipocondríaca.

Al presente la hipocondría ha dejado de ser una entidad nosográfica. Los tratados modernos de psiquiatría no la describen separadamente. Las clasificaciones psiquiátricas más conocidas (de autores extranjeros o nacionales) no la mencionan, con la excepción de la clasificación adoptada por los psiquiatras de EE. UU. (27-XII-1933) que le hace un lugar entre las psiconeurosis.

La gran mayoría de los psiquiatras piensan que la hipocondría idiopática no existe y que todas las hipocondrías son secundarias. Sólo existen síntomas hipocondríacos. Los argumentos que sostienen este criterio nosográfico se adivinan fácilmente. La hipocondría no es una entidad mórbida: es solamente el tema o el contenido de una neurosis o psicosis. Como la persecución, los celos o el amor. Es como ellos mismos un tema universal. Una preocupación común a todos los hombres que puede constituír la materia de cualquier enfermedad mental. Fué una entidad nosográfica para el antiguo criterio taxonómico superficial y descriptivo. Pero, fuera de la comunidad del tema, no existe unidad etiológica, ni patogénica, ni evolutiva. Puede considerársela como un resabio de la antigua clasificación temática de los delirios.

La verdad es que estos argumentos son en gran parte doctrinarios, y por tanto teóricos. Parten de determinados principios, valores y criterios nosográficos. Cada uno de ellos discutible. Pero aún sometiéndonos a esas definiciones nominales podríamos hacer extensivas a la gran mayoría de las entidades psiquiátricas las objeciones que se han hecho contra la hipocondría.

¿Cuántas son las enfermedades mentales con etiología y patogenia conocidas?

La realidad clínica es, como siempre, más compleja. Si la hipocondría ha desaparecido nosográficamente, subsisten todavía los hipocondríacos. Ellos se presentan a nuestros consultorios y nuestras policlínicas. Su examen despierta infinidad de cuestiones, que iremos revistando, sobre etiología, sintomatología y formas clínicas de los estados hipocondríacos. Pero por sobre todo plantea un problema diagnóstico. Porque si bien es cierto que la mayoría de las hipocondrías son sintomáticas y fácilmente atribuíbles a otras neurosis, existe también una minoría que se presenta con rasgos genuinos y que no es asimilable a ninguna otra psicopatía. ¿Esta minoría demuestra suficientemente y legitima la existencia de una hipocondría esencial?

CAPITULO I

EL SINTOMA Y EL SINDROME HIPOCONDRIACO

El síntoma.—El sentimiento hipocondríaco es el rasgo esencial y el síntoma común a todos los hipocondríacos. Puede expresarse con la definición corriente: la preocupación excesiva por la salud. En realidad esta preocupación (que nosotros juzgamos excesiva) está sostenida por un sentimiento: el temor a la enfermedad.

El temor de la enfermedad (memento mori) y de la muerte es un temor humano, entroncado en el instinto de conservación. Es

un temor común, pero se halla más o menos favorecido por disposiciones personales, más o menos desarrollado por la educación y la experiencia.

Este temor en las personas normales sólo aparece en circunstancias peligrosas. Pero hay algunas de ellas sin embargo que lo presentan más o menos fácilmente.

En la conocida estadística de Stanley Hall, sobre 1701 personas hay 603 que temen los fenómenos celestes, 532 la obscuridad, 483 los reptiles, 365 el fuego y solamente 299 que temen a la muerte y 241 a las enfermedades.

La observación de las gentes nos permite distinguir las diferentes actitudes que adoptan las personas con respecto a las enfermedades.

El hombre, diremos normal, vive absorbido por el mundo, atrapado por los intereses, las pasiones, los placeres. Empeñado en subsistir y prosperar. Trabaja, lucha, ama, sin preocuparse por su salud. Cuando la enfermedad se presenta, la resiste lo más posible sin modificar su modus vivendi y sólo se entrega cuando ya no puede más. Cuando acudimos a su llamado nos encontramos con enfermedades orgánicas bien manifiestas.

Pero esta temeridad no es general. Junto a él vive quien se da a la vida sin ser absorbido por ella. Trata de adaptarse y no se abandona ciegamente. Es prudente, equilibrado y sagaz. Cuenta para su conducta con el riesgo de la enfermedad. Aprecia su salud y desea conservarla. A ese objeto es capaz de sacrificar todos los días pequeños placeres. Y cuando el riesgo es grande toma precauciones. Llama al médico a las primeras manifestaciones de la enfermedad.

Hay también muchos temerosos a quienes todos conocemos bien porque a menudo forman parte de nuestro **entourage**. Son de un natural aprensivo, alarmistas y pesimistas. Viven en frecuente zozobra. Consultan a menudo por afecciones leves y temen habitualmente estar amenazados por graves enfermedades.

No son muy raras las personas excesivamente precavidas que cuidan celosamente una salud excelente, pero que suponen precaria, sometiéndose a regímenes higiénicos más o menos severos y extra-

vagantes. Ellas parecen haber tomado demasiado en serio la boutade de Farabeuf: "La salud es un estado provisorio que no presagia nada bueno".

Y todavía hay algunos que viven amorosamente dedicados al cuidado prolijo de una leve dolencia.

Estas diferentes actitudes con respecto a las enfermedades permite clasificar a las gentes en varios grupos. En primer término la inmensa mayoría de los normales más o menos completamente desaprensivos. Y junto a ellos el grupo numeroso de los prudentes. Luego en los límites imprecisos de la patología, están los temerosos.

Después, ya en plena hipocondría, están los fanáticos cultores de la salud y por último los enfermos en gran parte imaginarios.

Esta división es forzosamente esquemática. Hay naturalmente todas las transiciones imaginables entre el temor normal y el patológico, entre el miedo y la angustia, entre la mentalidad higiénica y la hipocondríaca, entre los devotos y los fanáticos de la salud. Hay también entre los grupos de los hipocondríacos variadas combinaciones simultáneas o sucesivas e infinidad de casos intermediarios.

Todas las actitudes hipocondríacas, algunas aparentemente contradictorias como el culto de la enfermedad y el de la salud, están sin embargo sostenidas por la hipertrofia patológica del mismo sentimiento, del temor a la enfermedad y a la muerte. La idea de la muerte está asociada a la de la vida. La idea de la enfermedad a la de la salud. La constelación enfermedad-salud está ligada al complejo muerte-vida. Y en realidad cualquiera de estos temores tiene dos fases. La negativa que hemos descrito y la positiva que es el afán de perdurar, el ansia de salud, el ideal de inmortalidad. Cada uno según sus características personales se inclina a uno u otro polo. Es un fanático de la salud o de la enfermedad, un salutista o un malatista según la pintoresca expresión italiana.

No nos detendremos a analizar el sentimiento hipocondríaco. Los fenómenos afectivos son esencialmente subjetivos y se conocen a través de las manifestaciones que determinan. Por otra parte, ¿quién no conoce el miedo de la enfermedad y de la muerte?. Dice Scho-

penhauer que el valor es el arte de ocultar el miedo. Sea como fuere, lo cierto es que este sentimiento permanece en los normales más o menos latente y sólo surge en circunstancias excepcionales que lo justifican.

En cambio en los hipocondríacos es un sentimiento fácil, frecuente, intenso, más o menos dominante y permanente. El puede llegar a concentrar gran parte de las fuerzas afectivas y constituír una fuerte tendencia que gobierna la actividad mental y orienta la conducta.

EL SINDROME HIPOCONDRIACO

Es un sindrome constituído por manifestaciones psíquicas, somáticas y anomalías del comportamiento.

Los síntomas psíquicos.—Las manifestaciones psíquicas están constituídas por el propio temor de la enfermedad que se presenta en forma más o menos intensa y por los juicios que se hace el enfermo con respecto a ella.

Tanto la reacción afectiva como la intelectual varían entre extensos límites según el grado de angustia, de creencia, de lógica y de desarrollo.

Así oscila del simple temor a la convicción absoluta; del juicio más o menos legítimo hasta la afirmación delirante y absurda; de la idea delirante hasta el delirio organizado y sistemático.

Naturalmente que las reacciones intelectuales y afectivas no se presentan aisladas sino combinadas. El temor hipocondríaco dirige el pensamiento y prepara la creencia aunque no la construye. La duda es angustiante, la idea obsesionante, la creencia es racional pero sobrevalorada.

Cada hipocondríaco formula a su modo el pensamiento hipocondríaco en relación con su modalidad constitucional. El ansioso la expresará con fobias ansiosas, el obsesivo con fobias obsesionantes, el pasional con certidumbres morales, el esquizofrénico con ideas enigmáticas, etc.

En cuanto a la verosimilitud de las ideas hipocondríacas señalaremos que estos enfermos al intentar describir, interpretar o explicar sus dolencias, expresan juicios más o menos arbitrarios que denuncian a la vez las características de sus sensaciones mórbidas y el estado de sus funciones psíquicas. Los que conservan su capacidad crítica, como los neurósicos y algunos psicósicos, suelen manifestar ideas más o menos verosímiles de tuberculosis, sífilis, cáncer, etc. En cambio en las psicosis ansiosas y en las demencias suelen presentarse ideas de negación (de funciones o de órganos), de transformación, de muerte o de inmortalidad, etc.

Los síntomas físicos.—Son trastornos subjetivos. Sensaciones anormales y alteración de funciones. Toda la gama de sensaciones anormales con variadas localizaciones. Dolores (de la piel, de los músculos), topoalgias, neuralgismos (facial, intercostal), cenestoalgias. Parestesias: ardor, picazón, hormigueos de la piel, de los órganos sexuales, de la boca, del ano. Cenestopatías. Sensaciones viscerales: estómago achicado, intestino pesado o lleno, recto ocupado, pelvis congestionada. Trastornos de las funciones: el apetito, la digestión, la exoneración intestinal y la diuresis son insuficientes, etc. Esta enumeración sería interminable. Wollemberg (Die Hypochondrie — Viena — Hölder—1904) describe un rico muestrario con los síntomas de los hipocondríacos de la Clínica de Halle (Prof. Hitzig).

La observación de nuestros enfermos nos ha hecho ver la conveniencia de separar de las sensaciones propiamente psicógenas y verdaderamente hipocondríacas de los trastornos funcionales provocados por la emoción y la angustia (que en muchos casos constituyen el fondo de la afección) y que aparecen mezclados en los enfermos y confundidos en la descripción de los autores. La mayor parte de los trastornos funcionales (aquellos que existen realmente y que no son una falsa interpretación del enfermo); la astenia, el mareo, la flojedad, la falta de aire, las palpitaciones, la poliuria, la diarrea por ejemplo, forman parte del cortejo de la neurosis de angustia y no son atribuíbles propiamente a la hipocondría.

Todavía convendría distinguir las ideas hipocondríacas de las sensaciones hipocondríacas, sin dejar de reconocer las dificultades de esta diferenciación en algunos casos particulares.

Pero la mayor parte de "mi sangre no circula" — "mis órganos están entreverados" — "mi corazón se ha parado" no responden a la existencia de la sensación correspondiente, no son ni siquiera interpretaciones delirantes de sensaciones reales, sino verdaderas ideas hipocondríacas.

Más arduo — por no decir imposible — es determinar en cada caso dónde termina la sensación anormal y dónde comienza la interpretación. Lo mismo que el establecer si se trata de verdaderas alucinaciones de la sensibilidad o se apoyan en la existencia de trastornos orgánicos, vegetativos o no. Y esto sin intentar penetrar en las teorías, —tan antiguas como la hipocondría — del origen periférico o psíquico de la enfermedad.

Esta depuración nos ha permitido constatar que muy a menudo y especialmente en las hipocondrías que parecen más legítimas, los síntomas somáticos se reducen a sensaciones anormales, casi siempre dolores y parestesias, aisladas o poco numerosas, y generalmente fijas.

Y en algunos casos, es justamente la desproporción entre la pequeñez y la futilidad del síntoma físico y la importancia del comentario intelectual, una de las características más significativas de hipocondría. Hemos tenido enfermos que sólo se quejaban de una sensación que por sí misma no debía ser intolerable: ardor en la boca, frío en el brazo, picazón en el ano, tensión en el recto, humedad en el pene, etc. pero que era suficiente para preocuparlo constantemente y hasta trastornarle completamente la vida.

Otra cuestión interesante es la localización del trastorno hipocondríaco. Basta observar unas cuantas hipocondrías para convencerse que esta localización no es obra del azar. La mayoría de las inserciones hipocondríacas se hacen en zonas erógenas. Esta predilección da la razón a los que piensan que ella representa una tendencia sexual reprimida o recuerdan un suceso del pasado sexual que ha sido rechazado (W. Stekel — Les états d'angoise nerveux — Payot —París— 1930).

Pero hay además (especialmente en los estados hipocondríacos) otros factores y otras condiciones que favorecen determinadas localizaciones. En vez de ser una proyección sexual ella es la objetivación del temor particular del enfermo por determinadas enfermedades. Y otras veces está favorecida por condiciones locales: porque ese órgano reacciona más que los otros a la emoción o porque padece de cierta inferioridad biológica que lo hace el **locus minoris resistenciae.**

Las reacciones pragmáticas. Como una consecuencia de la idea de que está enfermo el hipocondríaco recurre a una serie de medios para combatir su enfermedad. Estos recursos (consulta médicos — toma medicamentos— se somete a regímenes) no son por sí mismos inadecuados, pero son habitualmente excesivos, en manifiesta desproporción con la enfermedad, cuando no son manifiestamente extravagantes.

Pero si todos los hipocondríacos siguen la misma orientación de su conducta los procedimientos que cada uno adopta son diferentes y en relación con su índole personal o psicopática. Cada variedad de hipocondría tiene además un estilo propio en sus reacciones psíquicas o pragmáticas.

CAPITULO II

LAS HIPOCONDRIAS

División de las hipocondrías

Tal vez convenga comenzar por advertir que eso de las hipocondrías sintomáticas, sobre las cuales tanto se insiste actualmente, no es ninguna novedad. (Salvo naturalmente las hipocondrías secundarias a las neurosis que fueron descubiertas en las últimas décadas). Pero la mayoría de aquéllas eran bien conocidas de los autores del siglo pasado que habían descrito las ideas y los estados hipocondríacos en el curso de las melancolías, de las locuras pe-

riódicas, de las locuras razonantes, de los estados obsesivos, de la parálisis general (Baillarger—1857), etc.

La diferencia estriba en que aquellos autores sostenían además que había también una hipocondría idiopática, opinión que ha sido abandonada por los psiquiatras contemporáneos.

La psiquiatría del siglo pasado habla de la hipocondría como de una entidad mórbida. La divide según sus grados (Hipocondría menor y mayor) y su evolución (aguda y crónica) pero la considera una unidad.

Nosotros creemos que la hipocondría debe ser dividida en dos agrupaciones, que tienen de común el tema hipocondríaco, pero que deben ser separadas por la diferente etiología, sintomatología y evolución. Esta división se impone cuando se observa el conjunto de los casos clínicos: hay hipocondrías agudas e hipocondrías crónicas.

La hipocondría aguda es la hipocondría ansiosa. La hipocondría de los emotivos, de los neurósisos ansiosos o psicasténicos, de las depresiones reactivas, de la melancolía con conciencia. Suele ser a menudo una reacción hipocondríaca por un motivo más o menos importante: un choque emocional relacionado con las enfermedades o con la muerte. En su sintomatología predomina el trastorno afectivo hecho de tristeza o ansiedad. Y son generalmente estados ansiosos con fobias de enfermedades. Puede decirse que el hipocondríaco agudo es aquel que teme estar enfermo.

En cambio el hipocondríaso crónico cree estar enfermo. En ellos predomina el trastorno paralógico sobre el afectivo. Son enfermos tranquilos que presentan una serie de creencias y de defensas más o menos estereotipadas sobre su enfermedad. Son neurasténicos, órgano-neurósicos, paranoicos, obsesivos o verdaderos hipocondríacos.

Esta última nos parece muy importante. Aun cuando admitimos la posibilidad de que la hipocondría crónica tenga como episodio ocasional un acceso de hipocondría aguda, creemos que la hipocondría aguda es siempre secundaria y que la hipocondría crónica puede ser idiopática.

Nosotros damos gran valor a esta división. Pensamos que gran parte de la confusión que reina con respecto a la hipocondría procede de que se reflexiona sobre una de las dos hipocondrías y se opina sobre la hipocondría en bloc.

Consideramos que esta separación, natural como un plano de **clivage**, permite ver mejor la hipocondría y facilita la solución de muchos de sus problemas.

Por eso hacemos de esta división el eje de nuestra exposición.

Las hipocondrías agudas

Tienen causa ocasional visible. Son reacciones neurósicas constituídas por un estado ansioso con fobias hipocondríacas. Su evolución es aguda (semanas o meses). Su terminación favorable.

Etiología general

Predisposición: constitución emotiva (Dupré). Neurosis de angustia. Psicastenia.

Causa ocasional: choque emocional relacionado con las enferdades o la muerte.

Como siempre estos factores se compensan. Hay hipocondrías a máxima causa ocasional (H. post materia) e hipocondría a mínima causa ocasional (H. sine materia).

El tipo de la primera es la determinada por enfermedades orgánicas graves. Uno de mis enfermos, un joven oficial, había padecido durante semanas de un reumatismo articular agudo que había pasado indiagnosticado.

Aún en las segundas se encuentra siempre una causa ocasional: enfermedad o fallecimiento trágico de un familiar, afección orgánica dolorosa, crisis de angustia, posibilidad de un contagio. Un choque emocional o un sufrimiento físico o moral. Acontecimientos que los normales soportarían y que en los predispuestos produce la hipocondría.

¿En qué consiste esta predisposición?

Son grandes emotivos y muchas veces verdaderos neurósicos ansiosos o psicasténicos. El choque ocasional produce un empuje de una neurosis ya en marcha o una reacción neurósica en los grandes emotivos, que son verdaderos neurósicos en potencia ("un estado de desequilibrio del sistema nervioso caracterizado a la vez por el eretismo difuso de la sensibilidad y la insuficiencia de la inhibición motriz refleja y voluntaria") (Dupré).

En la base de la hipocondría aguda hay pues un modo de reacción o una reactividad exagerada. La hipocondría aguda es una reacción hipocondríaca. Pero en su producción el individuo no pone sólo su mayor reactividad, como una cualidad de su temperamento, sino que el choque desencadenante logra su efecto por las resonancias que encuentra en el contenido psicológico del sujeto, en sus experiencias anteriores, en sus constelaciones hipocondríacas. En este punto estamos más cerca de Bleuler, de Freud y aun de Stekel que de los constitucionalistas.

Es una constitución psicopática pero orientada o especializada en el sentido de la hipocondría por obra de diversas influencias perniciosas (educación —ambiente médico — etc.) o por la experiencia de enfermedades anteriores que han cultivado la disposición morbosa.

Abadie (Congress des Medicins alienistes et Neurologistes XXXIV sesion —Lille. 1930) desarrollando los conceptos de Wallemberg, describe la constitución hipocondríaca manifestándose temprano en niños impresionables y de un natural aprensivo con temores y repulsiones exageradas por la sangre, las enfermedades, y los cadáveres, aun mismo de animales. La exaltación de estas aprensiones en la pubertad y la adolescencia con las preocupaciones motivadas por la instalación de los fenómenos sexuales, etc. Es un pequeño enfermo (Hipocondría minor) cuya vida está llena de menudos y frecuentes episodios hipocondríacos. Es un ansioso especializado en el temor de la enfermedad y la muerte.

Estas son las causas más importantes de la hipocondría. Hay además otras condiciones que favorecen el desarrollo de las tendencias hipocondríacas. Y entre éstas merece destacarse la desocu-

pación cuya importancia ha sido subrayada por Courbon (Ann. Med. Psychologiques — abril 1931).

Podemos imaginar y comprender la patogenia de la hipocondría aguda. Primero la causa determinante: enfermedades orgánicas y funcionales que provocan dolores y sensaciones anormales que obran por vía ascendente; sucesos trágicos, enfermedades graves, fallecimiento de un familiar o un amigo, que despiertan directamente la aprensión. Por uno u otro camino nace la primera vivencia hipocondríaca. La personalidad sacudida por la emoción se engaña sobre la verdadera importancia de su dolencia. Teme y espera con cierta ansiedad. Se observa, vigila sus más ligeras anormalidades atenta a la repetición de las crisis o a la aparición de nuevos signos que confirmen sus sospechas. Esta actitud crea por sí misma (procesos patogénicos secundarios) una serie de trastornos psicógenos: aumenta y difunde el dolor, desciende el umbral de las sensaciones anormales, altera las funciones orgánicas, etc.

Y por este mecanismo el temor hipocondríaco se rodea de rodea de síntomas físicos y psíquicos y se constituye el sindrome hipocondríaco.

ESTADOS HIPOCONDRIACOS EN LAS NEUROSIS

I.—Formas hipocondríacas de la neurosis de angustia (Freud)

Parapatía ansiosa (Stekel). Constitución y psicosis ansiosa (Devaux y Logre). Sindromes neuropáticos ansiosos (Hernard).

Sobre la base de la definición de Littre del artículo de Brissaud (Semaine Medicale — 1890), del informe de Lalanne (Congres des alienistes... Grenoble — 1902) y del comentario de Brissaud al mismo informe, los psiquiatras franceses han adoptado el término de angustia para la sensación de constricción periférica y el de ansiedad para el estado mental.

La neurosis de angustia ha pasado a ser así neurosis ansiosa. Luego se ha desintegrado en varias formas clínicas que tienden a la autonomía. Tales la constitución ansiosa (antigua forma crónica de la expectativa ansiosa en la magistral descripción de Freud), las crisis, las neurosis ansiosas, las psicosis ansiosas, las angustias somáticas, etc. En cualquiera de estas formas el temor a la enfermedad puede presentarse, hacerse dominante e imponer al cuadro clínico los rasgos de la hipocondría.

Pero en todos encontramos por detrás de las ideas hipocondríacas, las conocidas manifestaciones de la angustia. Ahora describiremos solamente las formas agudas.

a).—**En la crisis ansiosa aguda,** la opresión torácica y la sensación de muerte inminente (la angustia, dice Pascal, es la meditación de la muerte) hace que el enfermo crea padecer una grave enfermedad y motiva el llamado de urgencia en medio de la noche.

b).—La constitución ansiosa hipocondríaca (constitución orgánica de Abadie) la hemos descrito en la etiología de las hipocondrías agudas.

c).—Neurosis y psicosis ansiosas hipocondríacas. En estas formas habitualmente la inquietud, la angustia y la ansiedad dominan y las ideas hipocondríacas ocupan un lugar secundario. Pero por diversos factores (tendencias hipocondríacas, ambiente médico, etc.) puede la neurosis conformarse según el molde hipocondríaco.

Es así como consultan numerosos internistas y se presentan temerosos y preocupados por su enfermedad, gustan ser examinados, sugieren análisis variados y radiografías innecesarias, interrogan al médico sobre la etiología y la naturaleza de la enfermedad, vuelven a cada paso sobre el pronóstico, piden aclaración sobre detalles fútiles del tratamiento, etc.

En las formas agudas o en los paroxismos pantofóbicos "la ansiedad flota como en un sueño y se fija al azar de las circunstancias pasando de un objeto a otro" (Ribot). Pero en las formas medianas o subagudas ella se concreta en nosofobias. Pero éstas, en lugar de persistir se suceden de un día o de una semana para otra.

AA — AC — IV.11.34 — M. A. L. — Soltero, 25 años. Estud. de Medic. Morocho, pícnico, inquieto, locuaz.

Hace 5 años: tisiofobia que le duró un mes. Desde hace unos días teme la leucemia, después de haberla estudiado. Se busca el bazo. Las palabras del médico (ha consultado ya varios) lo calman momentáneamente, pero la fobia vuelve.

P. 100 — reflejos vivos — Neyrán.

IV. 15 — Ha pasado la idea pero continúa la inquietud, la fatiga, la anorexia. Sueño irregular.

IV. 26 — Buscando distraerse se fué a Buenos Aires. Tomó alcohol. Frecuentó cabarets, etc.; vuelve deshidratado, extenuado, ansioso. Piensa a veces si no tendrá un tumor en el cerebro.

VI. 1.—Durante todo este tiempo lo asistí en su domicilio. Estado ansioso. Insomnio tenaz, fobias hipocondríacas, necesidad de consuelo, de protección, aliento. Cama y sedantes. Está mejor.

III—1935.—En junio ya algunos días buenos. "Los pensamientos que estaban en círculo empezaron a salir en espiral". Después mejoría progresiva con recaídas. En agosto dejó los hipnóticos. En setiembre empezó a estudiar. En diciembre dió examen con muy buenas notas.

A. A .G. L.—2. IX. 35—D. F. 55? años — soltera — Emotiva— Aprensiva — ansiosa — dramatización pitiática. Una hermana francamente histérica. Son varias hermanas ancianas y solteras que viven en un pueblo del interior. Un sobrino médico. Ella padeció muchos años de gastroneurosis. Menopausia hace varios años. Desde hace dos años ha estado a régimen por diabetes.

Desde hace dos años la notan triste y preocupada. Ha exagerado su "manía de la limpieza" y su miedo a los contagios. No sale. No recibe casi visitas. Cuando se ve obligada a dar la mano la mantiene luego separada del cuerpo hasta que puede lavarse. Tiene el terror de los microbios. Una vez leyó en una revista que un chico había sido mordido por un perro rabioso; arrojó en seguida la revista y corrió a lavarse las manos. Duerme irregularmente.

III. 16.—Pasó una temporada en casa de una hermana casada. Está algo mejor. P. 90 — Reflejos vivos — 15 y 9.

V.—Sufrió diversas contusiones en un accidente automovilístico. La mejoría se acentuó.

V — 16 — 936 — Ha engrosado. Está relativamente bien.

A. A. B. J. — VI/25|34 — C. R. D. — 30 años — soltera. Familia de nerviosos. Desde jovencita ha sido tímida, casera, aprensiva. El padre falleció hace 3 años. La enfermedad comenzó hace un año cuando operaron a su madre. Es una neurosis de angustia: opresión, palpitaciones, insomnio, inquietud. Siente frío y calor al mismo tiempo; si se abriga se ahoga y si se aligera de ropas está achuchada. Cuando empieza a comer se siente llena y tiene que salir a tomar aire. Viene con un papelito en que ha escrito sus dolencias. Además trae un esputo para que lo examine. Durante un tiempo pensó que tenía apendicitis. Tiene pocas amigas. Y sólo habla de enfermedades. Reflejos muy vivos — Temblor — Oligomenorrea.

VIII. 28.—Está algo mejor. Ha tomado como 50 iny. de ovariona. Toma a menudo calmantes y viene a consultarme porque tiene miedo de acostumbrarse.

d).—Fobias ansiosas hipocondríacas.—El síntoma más destacado, típico y constante de estos episodios hipocondríacos está constituído por fobias, de la enfermedad o de la muerte.

Todos conocemos el caso de esos jóvenes inquietos y vivaces que, sin haber tenido ninguna manifestación, vienen a nuestro consultorio poseídos del terror de la sífilis.

En realidad nunca se encontraron con ella. (Los ansiosos no necesitan como los normales un fuerte choque inicial) pero aprendieron de lejos a temerla. Tuvieron una erosión genital que pareció sospechosa o concurrieron a la conferencia de algún higienista entusiasta y elocuente. Después de ese conocimiento, de tiempo en tiempo, cualquier incidente de la vida sexual (un beso en la boca a una mujer sospechosa) despierta sus temores. Pero el incidente no es todo, ha de llegar en un momento favorable, para determinar la fobia.

Consulta numerosos médicos y se hace análisis en numerosos laboratorios ("tengo el record de los Wassermann") e instruídos sobre la sífilis (por la forma equivocada de la propaganda antivenérea) se pasan dos meses esperando las placas, la roseola o la alopecia. Y a menudo creen descubrirlas.

Dicen que están persuadidos que no tienen la enfermedad ("esto otra vez con la bomba de la sífilis") y la verdad es que consultan a los psiquiatras después de haber visitado a los sifilógrafos.

La sifilofobia es de las más frecuentes, junto a la tisiofobia, la tanatofobia y la psicopatofobia. Esta última especialmente después de las crisis obsesivas. Pero por factores regionales (como lo constituyó en mi país la propaganda terrorista contra el cáncer) pueden presentarse empujes epidémicos de determinadas fobias. Y, por circunstancias familiares o personales, fobias de otras enfermedades.

Son fobias concretas, de determinada enfermedad y a menudo únicas. Generalmente se apagan después de algunas semanas o meses, pero persisten más o menos latentes y no es raro que la misma fobia aparezca en los accesos subsiguientes, a veces a varios años de distancia.

Sifilofobia.—VII. 1935.—J. R. de 27 años, speaker de una radio difusora del interior. Animado, con aire de resuelto, locuaz. "Tengo la manía de la sífilis". Hace dos años por la misma causa lo atendió el Profesor Rossi que le dió luminal. Después estuvo bien hasta hace dos meses, después que se dió cuenta que se había roto el preservativo. Desde entonces "la angustia de tener sífilis". No puede dejar de pensar en ello. 18 Wassermann negativos. Oscila entre la idea de que posee una sífilis sin manifestaciones y la posibilidad de estar "macaneando como la otra vez".

Morocho —pícnico —p. 100 — Reflejos tendinosos muy vivos.

Fobia de paraplejia.—II. 25. 1937.—J. T. de 34 años, chauffer. Desde chico fué impresionable y aprensivo. En los últimos 7 años ha tenido 3 o 4 veces crisis de angustia con sensaciones anormales. Se casó hace 1 1/2 años. Coito con preservativo. Vida higiénica. No toma. Dejó de fumar hace 15 días. No hay conflictos. Un compañero enfermó de paraplejia y desde entonces esa idea le

vuelve a menudo, cada vez más frecuente y angustiante. Consultó varios médicos. Se hizo análisis. No siente nada, es solamente el miedo.

Examen: Hidrocefalia? No sabe nada de sus padres. No hay signos de heredo especificidad. Pulso normal. Reflejos vivos.

VI. 2. 37.—Comenzó a sentir dolores en la columna vertebral y se hizo radiografía. Persisten sus temores pero menos intensos. Ha podido dejar los medicamentos. Tiene un zumbido en el oído izquierdo. Ha continuado trabajando. Le parece que el coito lo perjudica y se abstiene hasta 10, 12 días.

II.—Psicastenia hipocondríaca

La tendencia hipocondríaca constituye uno de los rasgos del carácter psicasténico pero sólo algunos psicasténicos desarrollan esa tendencia como para constituír una forma clínica particular.

En la pubertad y en la adolescencia, encuentran el motivo de su hipocondría en alguna de esas innumerables imperfecciones físicas que posee la mayor parte de las gentes pero que sólo a ellos preocupan. Y en la edad adulta, en las imperfecciones sociales, en la timidez, en la impotencia, en la astenia.

En algunos casos ha contribuído una verdadera enfermedad orgánica a exacerbar su interés por la salud.

Aparecen fobias y obsesiones hipocondríacas. Analizan meticulosamente sus delicadas sensaciones y sus trastornos sutiles. Consultan muchos médicos. Profundizan en el estudio de su enfermedad. Se cuidan prolijamente.

AA. UD. — VIII. 19. 1936.—A. C. 39 años. soltero, delgado — Siempre fué nervioso. Pulcritud. Culto, fué escritor y se considera fracasado. Escéptico. Pesimista. Aprensivo preocupado por detalles de higiene. Ve pasar un funeral y piensa en la muerte de su madre o de su novia. Cree no ser cariñoso con sus hermanos. Ha observado desde sus primeras relaciones sexuales un marcado fetichismo por las manos de la mujer. Cuida mucho las propias, lavándose lo menos 15 veces por día e inmediatamente después de algún contacto húmedo.

Está enfermo desde hace 10 a 15 años. Su enfermedad ha comenzado insidiosamente. Trae un papel escrito a máquina, que copiamos textualmente:

Enfermedades que sufrió el paciente:

Dispepsia, muy probablemente de fermentación: reuma, ciática, o retención de ácido úrico en la pierna derecha; colitis espasmódica según el examen radioscópico, aunque el médico de cabecera aseguró que se trataba de síntomas apendiculares. De todas estas afecciones aparentemente curado.

Enfermedades que sufre actualmente:

Focos de urticaria en las piernas, con manchas escamosas, quizás producida por la caída precipitada de las células; manchas hileares y adenopatía pre-bronquio bilateral. La primera afección data de tres años y la última, en su segunda faz desde quince años, mientras que las manchas hileares no existían entonces, habiendo en cambio manchas de condensación, que con el transcurso del tiempo desaparecieron. Las hileares fueron observadas en un examen radioscópico desde hace unos siete años. Los tratamientos médicos no obtuvieron resultado en las dos enfermedades.

Psicología del enfermo:

Características mentales: Falta de memoria que llega a olvidar lo que un momento antes hizo, en un pequeño porcentaje de casos. En el mayor porcentaje de ellos, la memoria es de poca durabilidad, siendo necesario un gran esfuerzo para retener algo. Se exceptúa la memoria de los números en donde no se nota amnesia. Carencia de vitalidad mental, ya que un esfuerzo cerebral de una hora lo agota totalmente, dejándole un malestar persistente que dura algunas horas. Preocupación excesiva por hechos nimios que puedan referirse a las relaciones con las demás personas o lo mismo a los objetos de uso personal, por ejemplo: rotura de un pañuelo, de una costura, etc. Ideas fijas que dominan en algunos ca-

sos días enteros. Propensión a pensar en desgracias futuras, por ejemplo: muerte de alguna de las personas que le son queridas.

Características nerviosas.

Sensibilidad excesiva a todos los fenómenos atmosféricos, sobre todo al viento Norte y a la humedad. Irritabilidad caracterizada por fobia a todos los ruidos estridentes, especialmente el juego de los chicos en la calle. Temor a incurrir en errores, sean de cualquier índole. Dificultad de expresión.

III.—Hipocondría post materia

(Hipocondría de los emotivos)

Los que no tienen predisposición necesitan para hacer una hipocondría de una causa ocasional importante, de una enfermedad orgánica grave, dolorosa, prolongada.

Esta penosa experiencia de la enfermedad los deja sensibilizados. Temerosos de la recaída o la recidiva exageran la observación de sí mismos, analizan sus sensaciones anormales, se toman el pulso, la fiebre, etc. Esta insistente pesquisa hipocondríaca acaba por descubrir los antiguos síntomas. Es una reproducción neurósica o una derivación de la enfermedad primitiva. El reumático sufre de nuevo de sus dolores. Y aunque sin fiebre ni inflamación, sufre a veces más porque sus dolores esta vez se acompañan de angustia.

Esta hipocondría post materia (Courbon) es en realidad una fobia ansiosa hipocondríaca. Pero sus particularidades etiológicas autorizan a describirla separadamente.

A. A. W. K.—VII. 20. 37.—J. A. M. 27 años, casado, oficinista. Pícnico. Inquieto, locuaz. El 1º de año tuvo un comienzo de insolación: cefalea, fotofobia, depresión. Pasó 20 días en un cuarto oscuro. Luego hizo un período hipocondríaco: creía tener todas las enfermedades. Luego engrosó y volvió a la oficina. Hasta que hace poco: cefalalgia intensa ("creía que la cabeza me iba

a estallar"), calor en la nuca, frío en el epigastrio y en el corazón. Se hizo el tratamiento tónico anterior pero sin resultado. Desde entonces accesos de angustia.

Es interesante la vivacidad y la energía con que refiere sus sufrimientos. Afirmativo "Yo debo tener algo". Y contradictorio "Soy un fenómeno de fuerte".

P. 100. No temblor. Reflejos vivos. Tensión normal.

VIII. 10.—"Al atardecer mi cabeza es inestable". "Tengo dolores en la nuca". Se toma la fiebre, se cuenta el pulso, "soy muy observador".

A. B. D. X. — 9. 1. 38.—C. J. 33 años, soltero, militar. Hace 3 años estuvo 25 días con dolores y fiebre alta por un reumatismo articular agudo que en las primeras semanas no fué diagnosticado. Desde entonces en un período de 2 años tomó 4 Kgr. de salicilato. Porque si deja el salicilato siente algunos dolores especialmente en los músculos periraquídeos. Tiene accesos de angustia. Días que se encuentra tan excitado que prefiere estar en cama. Crisis de palpitaciones.

Morocho, delgado, mirada viva, metabolismo basal normal (ha tomado lugol sin resultado). Tonos cardíacos normales.

A esta variedad de hipocondrías exógenas corresponde la conocida hipocondría de los estudiantes de medicina en el período de aclimatación profesional.

IV.—Fobias obsesivas hipocondríacas.

Todas las fobias son obsesionantes. En 1902, Pitres y Regis las describían como una forma de las obsesiones en general (fobias, manías y obsesiones). En la actualidad, con los psicoanalistas se les reconoce su autonomía. Pero hay dos clases de fobias: las ansiosas y las obsesivas. La gran mayoría de las que hemos visto en los casos descriptos pertenecen a la primera variedad. Son fobias comunes, comprensibles, lógicas. Su fondo es la ansiedad. Su mecanismo psicogenético es simple y superficial. Son fobias de neurosis, de la neurosis de angustia especialmente. En cambio la otra

variedad mantiene su vínculo con las obsesiones. Son podría decirse, formas mixtas: Tienen el contenido de la fobia pero son imperiosas como las obsesiones. Son enigmáticas e incomprensibles. Su fondo no es siempre la ansiedad y suele ser la cólera. No siempre están en oposición con el enfermo y puede arrastrar su adhesión. Su mecanismo psicogenético es profundo y complicado: Son fobias de psiconeurosis, de la psiconeurosis obsesiva principalmente.

Las fobias ansiosas curan las más de las veces; las obsesivas van más a menudo a la cronicidad. Por otra parte lo que empezó por ser una fobia ansiosa aguda puede evolucionar hacia una fobia obsesiva crónica.

Estas razones hacen comprender la significación de las fobias obsesivas hipocondríacas. Ellas pueden ser una etapa inicial de hipocondrías crónicas o una forma de pasaje entre hipocondrías agudas y crónicas. Tienen un doble interés evolutivo y patogénico.

La fobia obsesiva hipocondríaca corresponde a la neurosis obsesiva pero puede aparecer en psicasténicos y en ansiosos. Hemos justamente reunido tres casos de fobias obsesivas hipocondríacas, bastante semejantes en cuanto a su contenido, pero bien diversas en su forma clínica.

Dos jóvenes, una de ellas apenas adolescente, creían tener una raya en la nariz. Un muchacho cree que se le caía el pelo. Por cosa tan baladí se trastornó gravemente su conducta. Y sin embargo ni las rayas, ni la alopecía pudieron ser comprobadas. El motivo aparente, pues era una de esas levísimas imperfecciones por las cuales sin embargo sufren y se avergüenzan tanto los adolescentes ansiosos psicasténicos u obsesivos. Sólo que en este caso ni siquiera existía la raya en la nariz y la obsesión se apoyaba en un motivo, no solamente fútil, sino también irreal.

Nadie puede comprobar su imaginario defecto, pero esta negativa que calmaría al simplemente ansioso parece molestar al obsesionado, que sin estar él mismo muy cierto de "su verdad" reclama a veces imperiosamente la confirmación de los otros. Desconfía, cree que se le oculta la opinión verdadera, atisba las actitudes y las conversaciones de sus familiares. Procede como un delirante.

Frente al médico — contrastando con el ansioso — se mantiene indiferente, a veces desdeñoso, como los paranoicos que están al tanto del "secreto".

El ejemplo más típico de lo que acabamos de decir está en el caso de una chica (obs. A. B. E. N.) G. H. M. de 15 años de edad que trajeron a mi consultorio por el mes de octubre del año pasado. Es una chica alta y delgada que escucha como distraídamente la historia que me refiere su madre. Había sido siempre nerviosa, pero desde hacía un año comenzó la enfermedad. Comenzó por decir que tenía "entradas" en el cabello y que la gente reparaba en ellas. Andaba por la calle tapándose la frente. La primera idea fué abandonada y hace 3 meses que cree tener una raya vertical sobre el dorso de la nariz. Esta idea la preocupa constantemente. No quiere salir y si sale se mira en todos los espejos y las vidrieras que encuentra en su camino. Para arreglarse la cara comienza por taparse la "raya" con mucho polvo y a veces con la mano. Tiene accesos de llanto y crisis de desesperación que duran unas horas.

Desde el comienzo la perturbación de la conducta se ha ido acentuando. No trabaja. Se levanta y acuesta tarde. Se pasa horas en el cuarto de baño o frente al espejo. Se queja de que "no la comprenden". Protesta porque no le dicen la verdad. Escucha detrás de la puerta para descubrir si hablan de su nariz.

La enferma indiferente responde brevemente a nuestro interrogatorio. De cuando en cuando tiene una sacudida mioclónica. P. 80. Resto normal.

Octubre 19.—Algo mejoró fuera de su casa, pero habiendo vuelto está cada día peor. Tiene accesos de ira en que insulta a sus padres. Algo disminuída la última menstruación. Desde entonces no ha vuelto al consultorio.

Los trastornos del carácter y la afectividad me hicieron temer que se tratara de una fobia obsesiva hipocondríaca pre-esquizofrénica.

He aquí el caso de un muchacho que comienza con una preocupación hipocondríaca de la adolescencia y hace luego un estado catatónico.

A. B. C. V. VI. 15. 38.—W. P. 21 años, empleado. Alegre, trabajador. Hace años que notaba que se le caía algo el cabello (sin que hasta ahora pueda decirse que tenga un comienzo de calvicie). Pero la temía exageradamente. Usaba lociones, combatía la seborrea, etc. y lo cuidaba mucho. Hace un mes, para que brotara se hizo afeitar el cabello. Y se quedó 15 días sin salir porque estaba impresentable. El encierro y la ociosidad exageró su preocupación. Y aun cuando desde hace algún tiempo volvió a salir de noche y con gorra, continúa con su idea, está cada vez más triste y llora a menudo.

"Primero, nos dice el enfermo, fué la manía del pelo, luego la de no salir (aunque algo por el pelo), después la cuestión si una vez cortado crecería o no. Ya de mucho antes, como era de poco pelo y lo mantenía a lociones, me iba apocando... aunque parezca ridículo todo el mal proviene del pelo".

A pesar de la medicación sedante la ansiedad fué en aumento. Luego intentó suicidarse y fué recluído en un Sanatorio. Allí hizo un estado catatónico del que mejoró a los varios meses después de unas inyecciones de cardiazol, volviendo a su casa.

El caso siguiente es el de una psicasténica con depresiones periódicas que hizo igual obsesión que la primera enferma.

A. A. L. P. XII. 28. 36.—M. C. S. 27 años, soltera, cariñosa, tímida, poco comunicativa, casera, de buen carácter, dócil. Tuvo hace tres años un período depresivo de tristeza y llanto que duró dos meses. Ahora desde algún tiempo está muy preocupada con unas rayitas que cree tener a un lado y otro de la nariz. Se pasa el día mirándose al espejo. "Si no hubiera espejos, no estaría enferma" me dice la madre. Ha estado en un instituto de belleza donde le mandaron un tratamiento asegurándole que la harían desaparecer. Pero en verdad nadie ve las rayas.

En los últimos meses la menstruación ha disminuído a pesar de que ha recibido ya unas decenas de inyecciones de ovarina. Hipotonia con reflejos muy vivos. Foliculina.

1, 13, 37.—Vuelve mejorada.

LAS HIPOCONDRIAS CRONICAS

Hemos visto las hipocondrías agudas o nosofobias: estados ansiosos, presididos por el temor de la enfermedad y de evolución aguda. Estudiaremos aquí las hipocondrías crónicas: estados delirantes presididos por la creencia de enfermedad imaginaria y de evolución crónica.

Son enfermos imaginarios como el Argan de Moliére. No tan imaginarios sin embargo. Y como la propia Toinette le concede a Argan: "Sí, estáis muy enfermo, en esto estamos de acuerdo, y aún más enfermo de lo que pensáis...", los hipocondríacos están en realidad más enfermos de lo que la gente piensa.

El hipocondríaco agudo teme estar enfermo. El hipocondríaco crónico creer estar enfermo. Y esta creencia, generalmente serena y firme, no la ha improvisado. Ella se inicio sobre la existencia real de trastornos originados por alguna enfermedad orgánica o neurósica. Y luego creció, podría decirse por sí misma, por el desenvolvimiento natural de los procesos (tomando este término en su acepción general) obsesivo-delirantes.

La hipocondría crónica es la representante actual del antiguo delirio hipocondríaco sistematizado. Pero concebida, bajo el imperio de la moderna psiquiatría, como un desarrollo obsesivo en el terreno del carácter sadístico anal. Por eso no la consideramos constitucional, depreciamos la importancia etiológica de la constitución paranoica, distinguimos la creencia hipocondríaca de la idea delirante y en consecuencia proponemos separarla de los delirios y unirla a las psiconeurosis.

Naturalmente que junto a las hipocondrías crónicas esenciales hay estados y manifestaciones hipocondríacas que evolucionan crónicamente. Esta diferenciación, habitualmente fácil, puede ser difícil en aquellos casos en que la enfermedad inicial persiste. Es lo que sucede en las neurastenias hipocondríacas.

También puede haber discrepancias al apreciar el valor etiológico de la predisposición constitucional en el caso de aquellas

hipocondrías que se desarrollan en el terreno de la constitución paranoica.

I.—LA HIPOCONDRIA GENUINA

Etiología general

a).—**El problema de la constitución.**—Clásicamente se estudiaba la hipocondría entre las psicosis constitucionales y junto a los delirios sistematizados. Se admitía la predisposición innata y hereditaria a la hipocondría.

Gilbert Ballet consideraba que esta predisposición era latente. Es decir una predisposición no manifiesta antes de la enfermedad que hacía eclosión en sujetos hasta entonces aparentemente normales.

Wollemberg (1904) partiendo de la antigua distinción clínica entre "Hypochondriasis cum nud sine materia" y el de la descripción de Emminghaus sobre hipocondría infantil describe una hipocondría constitucional sobre base degenerativa. Pero esta descripción así como la de Abadie se refieren a la constitución de la hipocondría ansiosa.

Otros autores en cambio tienen principalmente en cuenta la hipocondría delirante. Delmas (Les rapports de l'Hypochondrie et de la constitution Paranoique. Ann. Med. Psy. Junio 1931), consecuente, con el concepto de Seglas sobre paranoia primitiva, de la cual la hipocondría sería solamente una variedad delirante, divide las constituciones paranoicas en una constitución primaria y cuatro constituciones secundarias: megalomaníaca, persecutoria, reivindicadora e hipocondríaca.

La hipocondría es para Delmas, "un modo reaccional del paranoico exactamente de la misma significación y completamente paralela al delirio de persecución". Y cree encontrar apoyo de esta doctrina en la opinión de Seglas sobre el carácter del hipocondríaco: "En resumen, dice Seglas, autofilia, desconfianza y odio con

respecto al mundo exterior, susceptibilidad, tendencia a las acusaciones, tales son los rasgos de carácter individual de los hipocondríacos".

Pero Delmas mismo reconoce que la hipocondría desborda la constitución paranoica. Admite la existencia, junto a la hipocondría paranoica que la considera habitual y verdadera, de la hipocondría ansiosa. Y todavía expresa que la misma hipocondría paranoica puede aparecer en sujetos que no son verdaderos paranoicos pero que tienen una fuerte disposición a la avidez.

Sin duda y por el simple razonamiento se puede presuponer en el candidato a la hipocondría un desequilibrio afectivo determinado por la exaltación del instinto de conservación, por el interés del cuerpo y por el debilitamiento de los sentimientos altruístas y la depreciación de los valores sociales.

Igualmente, dentro de las doctrinas psicoanalíticas, se puede relacionar este desequilibrio afectivo con la evolución sexual y admitir que los hipocondríacos son autoeróticos o narcisistas y hasta que los hipocondríacos, como dice Stekel, se masturban con sus dolores. Pero estas presunciones más o menos razonables sólo alcanzan a bosquejar muy vagamente los rasgos psicológicos del hipocondríaco con un perfil ambiguo que tanto puede corresponder al paranoico, como al esquizoide o al obsesivo.

La observación de ese hecho es más valedera. Sin duda suelen verse —pero menos frecuentemente de lo que se dice— paranoicos hipocondríacos. Son casos relativamente raros, pero en cambio son impresionantes. El paranoico, delirante por antonomasia, desarrolla magníficamente el tema hipocondríaco. Genil Perrin (Les Paranoiques—París—1927) refiere un caso espléndido por la riqueza de su sintomatología. El paranoico logra las expresiones máximas de la hipocondría pero la hipocondría no es frecuente en los paranoicos.

En verdad tienen los hipocondríacos algunos rasgos, ya señalados por Seglas, que son comunes con los paranoicos. Suelen ser como estos egocéntricos, egoístas, desconfiados y en el fondo también orgullosos. Pero están más cerca del sensitivo de Kretschmer que del paranoico de Kraepelin (sensitivos y querulantes de Bum-

ke). Se parecen a los sensitivos por el egoísmo, el exceso de susceptibilidad, por la tendencia a la represión y al "estancamiento ideo afectivo" por el deseo de quedar bien y ser estimados. Se diferencian de ellos porque no son tímidos, porque su auto-crítica no es aguda, porque no son soñadores sino que son prácticos.

Tienen algunos de los rasgos del psicasténico: la tendencia a la auto-observación, al auto-análisis, la frecuencia del sentimiento de imperfección, la prolijidad, el detallismo, la minuciosidad, el coleccionismo y la escrupulosidad. Pero se diferencian claramente porque son, como los verdaderos obsesivos, de carácter más bien fuerte, irascibles, a menudo autoritarios, enérgicos, exigentes para los demás y para sí mismos.

En suma, creemos que lo que ha sido descrito con la denominación de carácter sadístico anal (Freud) es un padrón que conviene a la mayoría de los verdaderos hipocondríacos. Son como éstos de un carácter difícil, se martirizan y molestan a los demás, se sacrifican y sacrifican a los otros. Son autoritarios, obstinados, susceptibles, trabajadores, avaros. Aman el orden, la prolijidad, la minuciosidad, el detallismo, la escrupulosidad. Muy a menudo este carácter se perfila sobre un fondo de emotividad.

Estos rasgos psicológicos no corresponden rigurosamente a una constitución, empleando este término en su sentido habitual tal vez erróneo (Minkowski: Constitution et conflit) de cualidades puramente hereditarias o genotípicas. Es un carácter o una personalidad. La personalidad obsesiva o compulsiva. Producto de la herencia y de la vida o como dice W. Stern "de la convergencia de cualidades innatas y de condiciones externas de desarrollo".

Este carácter no es un esbozo de la enfermedad, como lo es la constitución orgánica y como lo quería Dupré para las verdaderas constituciones. Es un terreno favorable. Y es además una estructura, un sistema en el que la enfermedad va a cristalizar.

b).—**El desarrollo de la hipocondría.**—En este terreno se produce la primera vivencia hipocondríaca. Es una enfermedad orgánica, un estado neurasteniforme o propiamente una hipocondría aguda y fóbica. Una experiencia dolorosamente vivida.

La primera parte es semejante a los que conducen a la hipocondría aguda: enfermedad con dolores o angustias, sentimiento de enfermedad, reacción de la personalidad, supervaloración hipocondríaca, temores, auto-observación, expectativa ansiosa, disposición hipocondríaca que a su vez influye sobre el cuerpo de modo retrógrado o psicógeno: descenso del umbral de las sensaciones, aumento y difusión del dolor, trastorno de las funciones orgánicas, etc.

Pero el motivo ocasional es generalmente más importante, a menudo una verdadera enfermedad, una "experiencia vital".

En los simplemente emotivos o ansiosos la reacción es más epidérmica aunque puede ser más ruidosa, más instintiva o primitiva, más emocional, aguda y pasajera.

En cambio en otros sujetos (paranoicos—sensitivos—obsesivos) cuya conducta es más racional y deliberada, esta vivencia hipocondríaca, de gran carga afectiva puede ser el germen de un desarrollo hipocondríaco. Ese estado afectivo va a ser evocado más tarde por variados casos asociativos. Va a ser revivido y persistirá toda la vida, imprimiendo a los demás estados afectivos una dirección a una nuance (Bleuler—Naturgeschichte der Seele und ihres Bewustverdens. Berlín, 1927).

La angustia o la fobia hipocondríaca vuelven, se asocian a múltiples estados de conciencia, se hacen cotidianas o permanentes. Cuando no están presentes se las siente implícitas en casi todos los pensamientos. Se vuelven obsesionantes. Luego se enfrían, se fijan, se intelectualizan, pierden su carácter compulsivo. Provocan reacciones y comentarios intelectuales. Acaban por ser explicadas, racionalizadas y en último término aceptadas como una creencia. Una creencia hipocondríaca que en los primeros tiempos no tiene valores lógicos, que no puede presentarse y defenderse ante la razón de los otros, pero que en el fondo de sí mismo el enfermo acepta y obra en consonancia con ellas. Esta creencia racionalizada y fuerte domina el pensamiento y la conducta del enfermo.

La idea hipocondríaca es una creencia justificada pero no es una certidumbre, a pesar de ser racional no está exenta de duda. El enfermo le ha dado su asentimiento pero no se ha identificado

con ella. No es una convicción delirante. Ni se presenta como una evidencia.

Estas reservas subjetivas la distinguen de las ideas delirantes. Y diferencian al hipocondríaco del interpretador. Por otra parte la técnica es diferente. El interpretador construye su delirio razonando. El hipocondríaco interpretando la sucesión, a veces caprichosa, de sus vivencias hipocondríacas. El delirio paranoico sigue un plan lógico y sistemático. El hipocondríaco un curso irregular y a veces contradictorio.

Y es que el delirio hipocondríaco está sostenido por la angustia. Una angustia delirante, pensada, elaborada, pero que vuelve y propulsa las nuevas construcciones delirantes. Ella es el factor dinámico generador de las sucesivas creencias, de las reacciones y los medios de defensa.

c).—**Sintomatología.**—Por más que ya han sido descritos en el sindrome hipocondríaco, vamos a destacar aquellos que son más propios de la hipocondría crónica.

En el aspecto psíquico, y a la inversa de lo que sucede en la hipocondría aguda, predomina el trastorno intelectivo sobre el afectivo. El hipocondríaco cree estar enfermo y tiene sobre su enfermedad (naturaleza—etiología—patogenia—terapéutica) una serie de creencias falsas e irreductibles. Estas creencias han sido extraídas de la propia experiencia del enfermo, de la atenta y prolongada observación de sí mismo, del análisis de sus sensaciones, del contralor de sus funciones, etc. y del estudio de la influencia que sobre ella ejercen los diferentes regímenes dietéticos que ha ido ensayando, la forma y el grado de la actividad, el estado climatológico, los variados medicamentos, etc. Agréguese todavía los conocimientos que se han interesado en adquirir en las numerosas consultas médicas, en la sección médica de los diarios, en las revistas higiénicas (excelentes para cultivar la hipocondría), en las conferencias de divulgación, en las exposiciones de radiografías abiertas al público y en los museos anatómicos más o menos científicos o comerciales.

Este comentario intelectual es importante y característico de la hipocondría crónica o delirante. La hipocondría, decía Dubois

(de Amiens) es "une manière de penser". Pero la riqueza y el desarrollo de este comentario depende naturalmente del grado de inteligencia y de cultura del enfermo.

El hipocondríaco suele ir al médico para ser desembarazado de sus trastornos. Además le agrada conversar e interesar sobre su enfermedad. Gusta de ser examinado minuciosamente. (Tengo una enferma que en cada consulta me solicita un examen tan completo como el primero. Y al despedirse debo tomarle el pulso por segunda vez).

El hipocondríaco experimenta una verdadera decepción cuando el médico con la mejor buena voluntad le manifiesta que no tiene nada. El ya tiene su convicción hecha y como un delirante es inaccesible a la persuasión, generalmente está descontento con los médicos, inclinado a criticarlos y a señalar las diferencias que cree encontrar en los diagnósticos. En los primeros tiempos, cuando todavía cree en la medicina, cambia fácilmente de médico. Después ensaya la homeopatía, luego deja "las drogas" y se entrega al naturismo, etc., y por último se trata él mismo con procedimientos a veces extravagantes.

Tiene una marcada susceptibilidad por los medicamentos. Y aún los más anodinos le producen una serie de efectos sorprendentes, que en realidad son debidos las más de las veces a falsas interpretaciones.

d).—**El ceremonial hipocondríaco.**—Se construyen un régimen de vida rígido, completo y detallado que cumplen estrictamente. Dedican todo el día al cuidado de su salud. Los remedios, los masajes, las aplicaciones, las inyecciones y las comidas especiales. Repiten cada día el mismo ritual y no tienen tiempo ni gusto para los paseos y las diversiones. Tengo una enferma que cuando sale en ciertas épocas del año, es simplemente para ir a dormir en un sanatorio de mentales, donde seguramente no está mejor que en su casa.

Esta perseverancia y fidelidad la guardan también para algunos medicamentos tónicos, que el enfermo ha experimentado y considerado beneficioso, y que conservan aun cuando ya ha pasado su oportunidad. Un hipocondríaco de mi conocimiento tomó todas

las noches durante más de 20 años su "Grain de Santé" y no quiso dejarlo ni aun el día que había ingerido una buena dosis de aguardiente alemán, con motivo de una asistolia.

Es un verdadero ceremonial, comparable al de los obsesivos y que el hipocondríaco cumple rigurosamente, aun a costa de perjudicar sus intereses o de verdaderos sacrificios. — A las 9 en punto, un peluquero hipocondríaco que yo asisto, abandona el salón y se instala por más de una hora en el cuarto de baño para lograr en varios actos una serie de exoneraciones hasta que experimenta la sensación de que su intestino está libre.

Esta importancia primordial que le conceden a la evacuación intestinal los hombres hipocondríacos justifica la denominación de Schiff de hipocondría excretoria. En este sentido son interesantes las opiniones de algunos psico-analistas (Van Ophnijsen y Stärke), que, dentro de la teoría de la homosexualidad de los perseguidos y por el análisis de los sueños de estos enfermos, piensan que el cilindro fecal es el símbolo de la primera agresión persecutoria. En este punto podría relacionarse el miedo de la agresión con el de la enfermedad.

e).—**Diagnóstico.**—El de hipocondría no admite dudas. Pero, por la similitud del mecanismo patogénico, puede considerársele secundaria a una neurosis obsesiva, que estuviera enmascarada por la hipocondría. En este supuesto habría que admitir una forma leve y monosintomática. Nosotros creemos que la ausencia de otras obsesiones y la singularidad de su presentación clínica, justifica su autonomía. Es por lo menos un tipo clínico.

El caso que vamos a relatar completará nuestra exposición.

Libro I — Pág. 85 — VIII — 1930. J. L. 21 años, soltero, peluquero. Tuvo en su adolescencia frecuentes poluciones nocturnas y desde hace un par de años se siente asténico, con dolores frecuentes y a veces tembloroso (trabaja de barbero). Ha observado que pierde semen en el acto de defecar.

P. 75.—Neurolog. normal. Estomatitis.

II/931.—El cacodilato no le hizo nada. En cambio cree que la playa lo ha levantado. Se casó hace tres meses pensando corregir su mal. Obleas tónicas.

VII/1935.—En estos cuatro años ha seguido igual. Solía sentir frecuentes hormigueos que desaparecieron con la supresión de la carne y el vino. Desde el casamiento no han vuelto las pérdidas seminales — 2 o 3 coitos semanales — 2 hijos, de 4 y de 1 año. Su padre ha fallecido, y él es quien ahora dirige la peluquería, donde trabajan sus hermanos. Venera la memoria de su padre y trata de seguir su ejemplo, en actividad y puntualidad.

Ha visto médicos y ha hecho diversos tratamientos. Tres series de estrictina no mejoraron la astenia. Fatiga al conversar, dificultad para encontrar las palabras, crisis de bostezos y de depresión. Tiene también momentos en que todo marcha con soltura. Ha notado que cuando sube una escalera o fuerza la voz le aumenta el temblor. Todas las mañanas se hace una envoltura fría para quitarse el cansancio.

VIII—15—La astenia ha mejorado y quizás también los dolores, que antes se extendían por toda la espalda y actualmente se han localizado junto a la columna. Se pasa una hora en el cuarto de baño. "Trato de sacar todo lo posible porque noto que quedo bien". "Pero en todo ese tiempo se me duermen muchísimo las piernas". Tiene varicocele izquierdo.

XI—1935. Ha observado y viene muy contento con su descubrimiento que cuanto menos "use el matrimonio" mejor se encuentra. A medida que van pasando los días desde el último coito se va encontrando cada vez más fuerte. "Hoy, llevo 10 días y estoy casi bien". Pero lamenta que "la naturaleza" lo obliga y luego teme que la prolongación de la abstinencia reproduzca los antiguos derrames. Ni la orquitona ni el suspensor le hicieron nada.

XI — 28.—Hoy a pesar del día sofocante se encuentra casi bien debido a la abstención. Contra su costumbre, sale de noche para evitar a la esposa.

Desea la desaparición completa del temblor porque además de barbero estudia el dibujo topográfico, que es su verdadera voca-

ción. Espera conseguir un empleo de dibujante. No se lleva muy bien con sus hermanos.

II/11/1936.—Continúa experimentando la abstinencia. "Lo único que me resta son los dolores de los testículos". Las aplicaciones frías (hasta hielo se ha puesto) lo mejoran pasajeramente. Ha observado que de mañana, cuando los testículos están contraídos, se encuentra mejor y que de noche, cuando están descendidos, se encuentra peor.

II/27.—"Estando sentado siento un peso en el bajo vientre y calor en los testículos".

"Los días buenos son los días con apetito y el mate me mejora despertando el apetito".

III/9.—Ha descubierto que en la lectura llega un momento en que se fatiga y no ve con claridad. Piensa que "la caída de la vista" es el comienzo del malestar. Algo incoherente. Dice que nunca se encontró mejor que con este procedimiento de "suavizar la vista".

Por eso no ha querido hacerse ninguna inyección. Dice que se le cae el cabello, de modo difuso, en la parte superior del casco. Cuando le propongo que no se observe y abandone todos los procedimientos, me responde que eso lo ha ensayado muchas veces desde el comienzo de la enfermedad y sin obtener ningún resultado.

IV.—Tiene la sensación de que no domina su pensamiento porque no concuerda con lo que está viendo. Para probarse trata de representarse el cuarto y a la vez pensar en el cuarto. Cree que cuando "coordine la vista y el cerebro" estará mucho mejor.

IX/1936.—En perfecta armonía con sus familiares pero como trabaja junto con sus hermanos tiene algunas diferencias. Prefiere sin embargo "tragárselas" porque teme que si se pone a hablar se exalte y no pueda dominarse. El tiene un carácter distinto, le agrada el orden en todas las cosas y continuar la tradición de su padre. Ni un solo día ha dejado de abrir a las 7 en punto.

"Creo que soy muy activo pero envidio aquellos que tienen permanentemente disposición para todo".

A veces siente su pulso firme, al asentar la navaja, al cortar el pelo, al trazar las líneas en el dibujo. Quiere tener siempre esa seguridad y soltura.

Ha vuelto al coito normal. Pero ahora piensa que "la comida es un vicio". Y ha notado que es después de comer que se encuentra peor: "pierdo hasta la voz".

VI/1937.—Ha seguido un régimen vegetariano "bien llevado" y no notó nada. Sigue preparándose en el dibujo pero todavía no consiguió empleo. Desea estar bien para dar mayor rendimiento.

De mañana está mejor. Cuando recién comienza el trabajo "apronta" fácilmente. Echa un vistazo a los espejos, respira hondo y juega el peine con facilidad. Esa "levantada" es fácil de mañana cuando tiene "el busto con la forma del cuerpo". De tarde se "doblega".

VII/1938.—Otros en su lugar ya hubieran dejado el trabajo que cada vez se le hace más difícil. No cree tener enfermedad grave, solo una "debilidad nerviosa" que no lo deja coordinar.

Siente en la parte inferior del vientre una sensación difícil de definir: como si estuviera inflamado o como cuando se tiene deseos de defecar, se espera y luego no se consigue efecto. Pasa más de una hora en el cuarto de baño porque efectúa la exoneración completa en varios actos.

XI/1938. Ha venido a mi llamado. Se siente algo mejor porque ha descubierto que estando sentado "en ángulo recto" le vienen las fuerzas. Me pide permiso para dejar el sillón y sentarse en la banqueta. Entre un cliente y otro se sienta "en ángulo recto" y se repone. Le es tan necesaria esa posición que de mañana se levanta una hora antes para sentarse y estar pronto en el momento de abrir la peluquería. Es una posición "infalible" y lamenta no haberla descubierto antes.

La situación con sus familiares no ha cambiado. Continúa perfeccionándose en el dibujo porque es muy probable que le den un empleo.

II.—La Hipocondría en los paranoicos

Según el predominio del sentimiento o de la acción, Ribot dividía los hombres en sensitivos y activos. Este criterio puede servir para clasificar a los paranoicos en dos tipos principales: el paranoico de Kraepelin y el sensitivo de Kretschmer.

Bumke, guiándose por el predominio del orgullo a la desconfianza llega a una clasificación semejante: el carácter querellante y el carácter sensitivo. Tal vez mejor que dos tipos, son los dos núcleos principales que se destacan en el grupo heterogéneo de los paranoicos.

En cualquiera de ellos puede desarrollarse la hipocondría, pero, como era de presumir, ella es más frecuente entre los hipoesténicos o sensitivos.

a).—**Los paranoicos activos.**—Los reivindicadores son apasionados, vehementes, fanáticos y belicosos. Entablan contra la agresión mórbida una lucha cerrada y sin descanso. Recurren a los procedimientos más radicales. Estudian, como los perseguidos el Código, libros de Medicina. Se tratan ellos mismos. Son autodidactas y autoterapeutas.

El delirio hipocondríaco de este tipo de paranoicos difiere del que vimos anteriormente. Es un delirio más sólido y persistente, descansa en convicciones más firmes, está mejor organizado, más sistematizado y domina completamente la conducta del enfermo (delirio de actos).

Nosotros, hace varios años, hemos tenido oportunidad de estudiar un caso muy demostrativo. Se trataba de un hipocondríaco-reivindicador que creyéndose objeto de persecuciones y burlas había cometido un homicidio. Del informe médico-legal producido en aquel entonces (con el Dr. Mas de Ayala) y de la historia escrita por el enfermo, que todavía conservamos, extractamos los siguientes datos:

Romeo C. Sosa, uruguayo, soltero, de 30 años. Oriundo de la campaña del departamento de Rocha, después de haber recibido alguna instrucción en la capital del mismo departamento, vino a

Montevideo, a los 17 años de edad, con el propósito de preparar su ingreso a la Academia Militar. Pero enfermó de blenorragia y tuvo una orquiepididimitis. Esta enfermedad fué un factor decisivo en la orientación de su vida. Los dolores experimentados le impresionaron tan profundamente que desde entonces (hace 13 años) toda su actividad está dedicada al cuidado de su testículo enfermo que según dice siempre le quedó algo sensible y doloroso. Primero se trató unos cuantos meses en diversas policlínicas y hasta estuvo internado en un servicio de la especialidad. Volvió a Rocha y allí fué tratado mucho tiempo por varios médicos por la persistencia de sus dolores testiculares y periódicamente "por amenazas de hinchazón" que lo obligaban a guardar cama y aplicarse hielo durante muchos días.

En su período de mejoría volvió a Montevideo y se empleó en el laboratorio de una conocida clínica médica privada. Allí trabajó dos años pero a la aparición de una colitis disenteriforme (?) que él considera como consecuencia de su antigua blenorragia, lo deciden a tratarla de nuevo con inyecciones y vacunas que el mismo se aplica, acostado en cama y en la región glútea. "Así me apliqué durante algún tiempo inyecciones de Yatren alternadas con inyecciones de aceite y varios tónicos que me reponían algo". Dejó el trabajo y continuó tratándose en Rocha. "Eso me duró un año y medio, llegando a dejarme en un estado calamitoso y muy débil a pesar que siempre conservaba mi grosura corporal". Pero luego "el otro testículo o sea el más sano, el que me duele ahora, amenaza hinchárseme del todo. Entonces me trajeron postrado a la ciudad de Rocha, donde estuve como dos meses en cama y en un sillón aplicándome hielo. Cedió algo pero no volvió a lo normal y siempre quedó hinchado en las binzas de la parte de arriba; y me dolía a veces con el simple roce de la ropa, teniendo que pasar lo más del tiempo sentado. Hasta ahora lo siento, siendo la causa originaria de mis quebrantos de salud. Varias veces me resolví a sacármelo, pero la esperanza y algunas mejorías me hacían cambiar de opinión".

Mejora algo y se decide a explotar un campo de 75 hectáreas, herencia de su padre, pero "a pesar de mis esfuerzos por trabajar

la enfermedad me doblegaba y si un día trabajaba tenía que guardar cama dos o tres. Y eso a fuerza de remedios e inyecciones".

Entonces arrienda su campo y resuelve irse a vivir permanentemente en la playa y dedicarse totalmente al cuidado de su testículo. Se instala en Punta del Este. Pero a pesar del descanso y los baños de sol, continuaban los dolores que ahora se le irradiaban al corazón y le producían trastornos digestivos. Entonces se decide ir a Buenos Aires para hacerse extirpar el testículo. Pero una vez allí nuevamente mejoró y no tuvo ánimos para la operación. Entonces regresa a la playa pero esta vez a Piriápolis. Y aquí se inicia la historia de su persecusión. Estando en un café observa que un hombre que estaba hablando con el dueño "de cuando en cuando le indicaba con el dedo y la mano a mi persona sin mirarme de frente", entonces se esfuerza en escuchar y oye: "ese es un sabandija que estuvo allí"... Lo mira fijamente pero el otro le vuelve la espalda con desdén. Sosa no da mayor importancia al hecho porque dice que está "bastante acostumbrado a recibir provocaciones de sujetos pendencieros a quienes yo contestaba con la indiferencia".

En el primer momento no lo reconoce pero luego piensa que es Paulino Alonso a quien conoció en Punta del Este. Se va de Piriápolis por razones económicas y vuelve a Punta del Este, "sin pensar ni creer que ese individuo tuviera la paciencia de levantarme calumnias de toda especie".

Estando un día en la peluquería, Alonso se paró en la puerta y mandó a un compañero que le preguntara a Sosa si no lo conocía". Seguramente, piensa Sosa, no se animó él por lo que había hablado de mí..." Como Sosa asintiera, Alonso se adelantó confiadamente para estrecharle la mano y, dice Sosa, "Yo ante tanta falsedad, reaccioné diciéndole; me extraña que Ud. me venga a saludar habiéndome visto anteriormente tantas veces. El se hizo el sorprendido. A lo que yo le dije: yo lo ví y lo escuché conversar en Piriápolis, el me negó exaltándose y diciéndome: miente, yo no he estado en Piriápolis". Luego se insultaron e hicieron ademán de sacar armas. Cuando Sosa se retiró algunos presentes profirieron

gritos hostiles: "mino, jodido, enterrado vivo, brisco panzón" según dice Sosa.

Después la persecución tomó cuerpo: le tiraban piedras, le ensuciaban la casilla y el perro; lo calumniaban y difamaban, etc. El acusa a Alonso y sus amigos y presentó sus quejas en la Comisaría que escucharon su relato, según él dice, "entre serios y sonrientes". La persecución arreció. De noche sintió gente que rondaba su casilla. En una ocasión creyó oir: A ese gordo brizco lo voy a matar". Vivía alerta esperando el asalto. Una mañana siente golpes en el zinc, sale armado de su pistola y se encuentra con Alonso y con Pereira, y descarga su pistola matando al primero e hiriendo al segundo. El parte policial dice: El accidente se desarrolló en una obra en construcción donde trabajaban las víctimas a dos metros del lugar estaba la casilla de Sosa, la que queda en el mismo patio. Dice Pereira que Sosa salió enfurecido diciéndoles que les iba a enseñar a tirar tierra y después de dirigirles insultos los agarró a balazos.

Examen y diagnóstico

Romeo C. Sosa es alto y aunque algo obeso, de aspecto robusto. Contrastan sus apariencias vigorosas con la historia de sus largos padecimientos y con el tono quejoso y humilde con que nos cuenta sus dolores, las burlas y las persecuciones. Desde los 17 años, y actualmente tiene 30, ha estado dedicado al cuidado de su blenorragia, afección sin embargo tan banal y frecuente en la juventud. En el período agudo estas atenciones estaban impuestas por la inflamación y los dolores sin duda realmente existentes. Pero ya desde entonces se advierte el cuidado extremoso que presta a su enfermedad. Por ella estuvo tres veces hospitalizado en distintos servicios (Ricord-Jacinto Vera-Dr. Nogueira); después se ha pasado la vida dedicado al cuidado de su testículo doloroso, relicario de su orquiepididimitis. Abandonó los estudios y el trabajo, se alejó de su pueblo, para vivir aislado en la playa, en un régimen naturista, curándose con el agua y el sol, y siguiendo escrupulosamente los pre-

ceptos higiénicos: no tenía relaciones sexuales, no bebía alcohol. ni siquiera tomaba mate. Para todos los vecinos contrastaba su aspecto fuerte y su vida aislada, improductiva y vacía, encerrada en su enfermedad imaginaria: era para ellos "el enterrado vivo". Estas preocupaciones de enfermedad, acompañadas de cuidados excesivos revelan al hipocondríaco, que en este caso ha llegado a sacrificar toda su pequeña afección, organizando su vida con el propósito exclusivo de evitar sus achaques. Sobre el hecho real de su pasada blenorragia, sobre la persistencia de dolores testiculares que son posibles, como dolores de cicatriz, ha edificado un sistema de ideas de enfermedad. Celoso de su salud vive alerta sobre la aparición de cualquier manifestación mórbida. Las pequeñas molestias comunes y pasajeras son para él indicios de enfermedades graves que requieren medidas extremas. Así por ejemplo, una vez le parecía constatar "la amenaza de hinchazón del otro testículo" y por esa amenaza permaneció en cama durante dos meses aplicándose hielo. Relaciona todas sus molestias presentes a la antigua blenorragia: las crisis de colitis o de angustias son complicaciones que demuestran la persistencia y la progresión de su vieja enfermedad. Interpreta dando a sus malestares una importancia y una significación que no tienen, interpreta ligando cada nueva afección a la ya pasada y de esta manera organizando todo un sistema mórbido sobre la base de su antigua blenorragia. Es un hipocondríaco delirante. Esta variedad de hipocondría se desarrolla en sujetos de personalidad con tendencias paranoicas, constitucionalmente desconfiados y susceptibles, que reaccionan desproporcionadamente por exceso de defensa ante la agresión mórbida. Esta actitud paranoica se revela también en sus relaciones con las personas. La susceptibilidad, la desconfianza y la tendencia a la interpretación delirante surge claramente del relato de todas las desavenencias y de los incidentes que culminaron en el homicidio. Siempre estuvo inclinado a ver en el gesto de los otros "provocaciones de sujetos pendencieros a quienes yo contestaba con la indiferencia". Una de estas imaginarias provocaciones la experimentó en un café de Piriápolis y se la atribuyó a Alonso. Desde entonces encontró un perseguidor y todas las provocaciones reales o supuestas provienen de Alonso y de

sus compañeros. Tiene la convicción íntima de que es perseguido e interpreta en el sentido persecutorio todos los hechos que acontecen a su alrededor, los actos, las palabras o los gestos de las personas de su relación.

La fatalidad quiso para favorecer el homicidio que la casilla que habitaba Sosa estuviera en el mismo predio que la casa en construcción donde trabajaba Alonso. Esta vecindad alimentaba con pequeños hechos cotidianos el delirio de persecución y preparaba el desenlace trágico: Alonso indiferente en su trabajo mientras Sosa se mantenía en guardia, hasta que un día sale enfurecido y lo mata a balazos. "El cuerpo de Alonso se encontró boca abajo presentando sus ropas cuatro perforaciones de bala... y alrededor 3 cápsulas explotadas... por lo cual se ve que estos disparos fueron hechos cuando ya estaba caído Alonso. Además las balas estaban debajo del cadáver... (Del parte policial). Como frente a la enfermedad imaginaria, ante esta agresión supuesta reacciona desproporcionadamente. Porque su susceptibilidad, su desconfianza y su miedo le han hecho perder el sentido de la realidad, exagerando enormemente la importancia y la peligrosidad de una agresión, que en el caso de la persecución ni siquiera parece haber existido. Temió la persecución y creyó inmediatamente en ella. Sobre esta creencia intuitiva construyó un sistema de ideas delirantes de persecución como había construído antes un delirio hipocondríaco sobre una enfermedad ya terminada. Interpretando los hechos según su preconcepto pasional, magnificando lo pequeño y descubriendo a lo insignificante un sentido tan falso como trascendental. Este delirio de persecución, aunque coherente y sistematizado cuando se le compara con la magnitud y la extensión del tipo común del Delirio Interpretativo Crónico se advierte que es un delirio pequeño, como una riña de vecinos, breve como un incidente y verosímil a pesar de ser falso. Por su aspecto y su ideología, por las reacciones activas que provocó en el enfermo (el perseguido se volvió perseguidor) por su evolución aguda (con la muerte de Alonso terminó la persecución) debe diagnosticarse este caso como perteneciente al Delirio de Reivindicación (Seglas, Serieux y Capgras) también llamado Delirio de Perseguido Perseguidor por

Falret o Delirio Paranoico a Idea Prevalente por Dupré. Este episodio delirante se ha formado sobre el incidente con Alonso y terminó con su muerte. Sosa está satisfecho porque ha vengado la ofensa imaginaria y el delirio de reivindicación ha cerrado su ciclo. Pero si Sosa ha dejado de ser un perseguido (el perseguido de Alonso) sigue siendo un predispuesto a la persecución porque mantiene íntegra y quizá mismo agravada la constitución mental que lo llevó ya una vez a este delirio. Y esto puede repetirse, es probable que se repita, cuando la vida le presente nuevos personajes para su novela delirante. Es pues un sujeto peligroso cuyo internamiento debe prolongarse indefinidamente.

b).—**Los paranoicos pasivos.**—No todos los paranoicos son hombres de acción. No todos los perseguidos son agresivos y matan. Existen también los que huyen o se suicidan. Ellos constituyen un grupo numeroso de paranoicos contemplativos, reservados y a veces resignados. Son orgullosos sin arrogancia, tristes sin humildad, angustiados que no imploran y que a veces rechazan el consuelo o el auxilio.

Forman un conjunto extraño y sin duda heteróclito, tipos clínicos, mezcla de paranoia, psiconeurosis y melancolía, que debe ser separado de los querellantes y pasionales y que todavía no bien clasificado, parece destinado a desintegrarse en varias entidades nosológicas.

A este conjunto de paranoicos asténicos, de la variedad resignada de Serieux y Capgras, pertenecen en los sensitivos de Kretschmer, los melancólicos perseguidos, los perseguidos auto-acusadores de Seglas, la paranoia abortiva de Gaupp, el delirio sistemático de auto-acusación de Seglas, etc., etc.

A él corresponderían también muchos de los casos antiguamente englobados en la hipocondría delirante (delirio hipocondríaco sistematizado de Arnaud) y que nosotros hemos tomado como modelos para la descripción que hemos hecho de la hipocondría crónica.

Sólo nos ocuparemos aquí de la variedad de hipocondría descrita por Gilbert Ballet con la denominación de hipocondríacos perseguidos auto acusadores.

Es un tipo clínico que a menudo pasa indiagnosticado, confundido dentro del delirio de influencia o del delirio alucinatorio crónico. Y esta confusión no es sólo explicable sino que puede estar justificada. En efecto, en su primera fase el hipocondríaco perseguido es solamente un hipocondríaco pero un hipocondríaco que permanece oculto en su natural reserva y que sólo se descubre más tarde en su fase delirante o persecutoria. Cierto es que la anamnesis revela la existencia de trastornos hipocondríacos pero ellos son generalmente asimilados a los síntomas del período de incubación del delirio alucinatorio y que tienen a menudo el carácter hipocondríaco (período hipocondríaco de Morel).

En su primera etapa estos hipocondríacos perseguidos presentan preocupaciones genitales (onanismo, impotencia, etc.). Reaccionan a estas preocupaciones, como verdaderos hipocondríacos, adoptando medidas desproporcionadas. En su fase delirante atribuyen sus trastornos a la acción o la influencia de otras personas. Pero no la acusan y a veces no lo manifiestan sino en un período de excitación. Tratan de defenderse y a veces se suicidan.

Séglas ha especificado sus diferencias con los melancólicos y por otra parte se distinguen del delirio alucinatorio por la ausencia o la rareza de alucinaciones.

En nuestro servicio del Vilardebó tenemos un enfermo que reune todas estas características:

Manuel A., 35 años, español, soltero, comerciante. Ingresó el 17 de febrero de 1938.

Según los datos suministrados por el hermano el enfermo fué siempre de un carácter raro, taciturno y con tendencia a la soledad. Pero desde hace unos tres meses no podía sufrir las gentes, creía que se burlaban, hablaba solo. Ultimamente intentó ahorcarse y luego le pidió un revólver para suicidarse.

Al examen: Enfermo lúcido, aunque imprecisamente orientado, deprimido, que responde lentamente y experimenta visible dificultad para recordar y para encontrar las palabras.

Refiere que sufre desde su juventud de poluciones nocturnas. Ellas sólo se suspendieron durante 2 años (1928-30) que vivió con una mujer. Pero desde entonces han vuelto, habiéndose agravado

en los últimos tiempos. Estas pérdidas le preocupaban mucho. Ha seguido diversos tratamientos (tónicos — estricnina — atropina) pero sin éxito. Para evitarlas, aunque sin lograrlo completamente, dormía en el suelo sin colchón o sentado en un banco y apoyando la cabeza sobre una mesa. Ha pasado así el último invierno, durmiendo de esta manera.

Dice que a consecuencia de las malas noches y las pérdidas seminales se encontraba cansado y malhumorado pero que nunca pensó en suicidarse.

Está inclinado a suponer que las poluciones le son provocadas, siente a veces como si lo apretaran y le ha parecido oir murmullos y aún voces pero no claras.

Cree estar "aprisionado" por una inquilina, mujer casada que coqueteaba y lo provocaba. El se sentía cohibido y durante ese tiempo las pérdidas aumentaron hasta que en diciembre la despidió de la casa donde es locatario principal.

En el servicio enfermo tranquilo, dócil, trabajador, aseado y hasta prolijo pero ensimismado y solitario.

En los exámenes subsiguientes restó importancia a sus primeras manifestaciones y negó las alucinaciones, atribuyendo todas sus alteraciones a la enfermedad. Es muy reservado y raramente se queja de sus poluciones, ni solicita tratamiento pero acepta gustoso la medicación.

Al mes siguiente, aparentemente mejorado, salió del hospital.

El 26 de marzo, dice el enfermo, que paseando por la azotea de su casa "se le fué la cabeza" y cayó a la calle fracturándose la columna vertebral. Fué internado en el Hospital Maciel, donde lo enyesaron y luego de un tiempo, lo dieron de alta. Después de 15 días de estar de nuevo en su casa, como había gente del barrio "que hacían ruidos y bochinche en la esquina" se fué a quejar a la Comisaría. De allí lo enviaron de nuevo al Vilardebó.

Niega haber tenido intenciones de suicidarse.

Su comportamiento es semejante al de su anterior ingreso.

Setiembre 8.—El enfermo se queja de sus poluciones, está inquieto y dice que la maffia lo persigue.

Noviembre.—Hace una semana que no tiene poluciones. Niega sus alucinaciones y sus ideas delirantes. Trabaja.

III.—La hipocondría que complica la neurastenia

Krafft Ebing en su texto de psiquiatría y Hösslin en el tratado de Müller han descrito los caracteres diferenciales entre la neurastenia y la hipocondría. Desde entonces, la aparición de la neurosis de angustia y de la psicastenia han modificado algo la extensión de los conceptos primitivos. Pero los signos principales subsisten todavía.

El neurasténico se presenta como un enfermo orgánico: expone sencillamente los síntomas físicos que constituyen la parte fundamental de su enfermedad: la astenia, los dolores, los trastornos gastro-intestinales, el insomnio, la impotencia, etc. El comentario psíquico, cuando existe, es secundario y objetivo, en relación inmediata con la dolencia física. La disminución de la actividad está determinada y es proporcional a la astenia y a la impotencia funcional.

En cambio el hipocondríaco es "un mental". El comentario intelectual predomina sobre los síntomas físicos. Los medios de defensa y el ceremonial hipocondríaco son evidentemente desproporcionados. En suma, el neurasténico es un enfermo de su cuerpo y el hipocondríaco de sus preocupaciones.

Pero hay neurastenias complicadas de hipocondría. Lo más a menudo son discretas manifestaciones hipocondríacas. Los síntomas neurasténicos alimentan las preocupaciones hipocondríacas y hasta cierto punto justifican los excesivos comentarios y las exageraciones en el régimen y la medicación. Pero algunas veces se desenvuelve una verdadera hipocondría que, con el transcurso del tiempo, llega a ser dominante. Extreman los cuidados, reducen cada vez más la actividad (conozco un neurasténico, director de escuela, que desde hace ya cinco años no lee ningún libro ni revista para evitar toda fatiga mental) y al final terminan por organizar completamente su vida alrededor de su enfermedad. En

estos casos la neurastenia ha servido de motivo determinante en el desarrollo de la hipocondría.

IV.—Los débiles mentales hipocondríacos

(Hipocondría quejumbrosa)

Es una hipocondría que refleja las conocidas características psicológicas de la debilidad mental.

El delirio es muy pobre, reducido a unas pocas ideas más o menos burdas, o, si el débil posee imaginación, un delirio rico pero inverosimil o absurdo, flojo e incongruente.

Como compensación puede existir gran variedad de síntomas físicos, sensaciones extrañas falseadas por interpretaciones groseras o desfiguradas por la tosquedad de la expresión.

Dada la puerilidad del débil, éste puede reaccionar a su hipocondría con lamentos y lloriqueos infantiles. Se constituye así un tipo de hipocondríaco plañidero e impresionante que se recuerda siempre cuando se ha tenido ocasión de verlo una vez. Es lo que ha sido llamada hipocondría quejumbrosa.

El Argan de Moliere (Le malade imaginaire) es un hipocondríaco plañidero y ridículo, de quien se burlan su sirvienta Toinette, su mujer Beline y la pequeña Louisson que finge la muerte estando en su presencia. Este tipo, tal vez caricaturizado por Moliere para prestarle comicidad, realiza las principales características del débil hipocondríaco.

Nosotros hemos tenido durante un año en nuestro servicio del Vilardebó a un hipocondríaco quejumbroso que falleció no hace mucho en la Colonia Bernardo Etchepare.

Se llamaba Zacarías A., de 48 años, uruguayo, soltero, jornalero e ingresó el 3 de agosto de 1933.

Era un pobre hombre, jornalero, analfabeto, que nunca había tenido relaciones sexuales según decía por temor al contagio venéreo y cuya enfermedad, que era la primera, había comenzado 4 años antes.

Ella se inició por dolores en los labios y las mejillas que se acompañaban de una sensación de sequedad en la boca. Pasó así dos años y luego a los dolores se agregó una intensa sialorrea que persiste desde entonces. Se presenta con rictus de dolor, con la boca entreabierta, chorreando saliva. Se queja de tener los labios como muertos y que de cuando en cuando se le duermen las manos.

Atribuye su enfermedad a haber tomado "aguas malas" cuando trabajaba en los desagües de Pando y a haber tomado mate con bombilla prestada.

Manifiesta que desde entonces la enfermedad se ha ido agravando porque el dentista del Pasteur le sacó tres muelas y le dejó las raíces y porque ha tropezado con malos médicos, a quienes ha estado consultando desde entonces. Uno de ellos le dió un tratamiento de obleas e inyecciones sin haberlo revisado. Pero lo que últimamente lo ha empeorado mucho es que siguiendo el consejo de un conocido se hizo unos buches con agua de rosas. Desde entonces se encuentra muy mal.

Al examen bucal revela una discreta estomatitis eritematosa. Sensibilidad y motilidad normal. Pulso de 68 — reflejo oculo cardíaco positivo (de 69 a 48). Líquido y sangre normal. Trazos de glucosa en la orina.

Radioscopía de tórax: Campos pulmonares normales — adherencias en el seno costo-diafragmático derecho.

En la sala el enfermo se quejaba continuamente de día y aun de noche, durmiendo poco. Sus lamentaciones y sus llantos se exageraban delante del médico. Llevaba consigo un recipiente para recoger su saliva que salía continuamente.

Por la vagotonía se le hicieron belladona y atropina pero sin ningún resultado. Como buen hipocondríaco el enfermo se quejaba de cada medicamento y se encontraba siempre peor, después de la medicación. Ni los opiaceos ni la morfina tuvieron efecto sobre la sialorrea ni sobre su tristeza.

Continuó así hasta su fallecimiento.

V.—La hipocondría pseudo-orgánica

En la evolución crónica de la neurosis de angustia, las crisis difusas del comienzo pueden reducirse o predominar a nivel de una región, de un aparato o de un órgano. Son crisis de angustia locales o circunscriptas (cardíaca, respiratoria, gastro-intestinal, pelviana — urinaria — rectal — etc.) que se presentan con sintomatología orgánica. Las crisis se repiten, la auto-observación del enfermo se exagera y acaba por constituírse un sindrome persistente hecho de sensaciones permanentes más o menos molestas y trastornos funcionales habituales. Son organo-neurosis creados por la angustia.

Se trata de enfermos tranquilos o con síntomas ansiosos muy discretos que se presentan al médico como gástricos, urinarios, colíticos, etc. y cuya preocupación parece legítima. Durante cierto tiempo el médico desprevenido cree en la organicidad de esta afección. Por otra parte el clínico minucioso, cuando emplea (presionado muchas veces por la insistencia del enfermo) todos los recursos de investigación (el laboratorio, los rayos X, la electrocardiografía) logra descubrir alguna anomalía de dudosa importancia: una disfunción glandular, una distonía vegetativa, el aumento o la disminución de algún excreta urinario o fecal, la presencia de un extraño saprofito, la aceleración o el enlentecimiento del tránsito gastro-intestinal, alguna alteración del trazado electro cardiográfico, la congestión del veru-montanun, etc., etc. una nadería objetiva que puede sin embargo servir para justificar la causa de los trastornos.

Pero a pesar de complicados regímenes dietéticos, de adecuadas prescripciones medicamentosas y hasta de la apendicectomía o la colecistectomía los trastornos persisten o se agravan. Es generalmente por esta razón o por paraxismos ansiosos intercurrentes que el enfermo es enviado al psiquiatra.

El examen psíquico descubre los otros síntomas de la neurosis, que generalmente aparecen en un plano secundario, pero que au-

torizan el diagnóstico y muchas veces el conflicto psíquico originario.

Por vía de ejemplo relataremos sucintamente un caso de nuestra clientela privada.

A. A. X. F.—Setiembre 15, 1937.—L. C. B., 30 años, uruguayo, soltero, enfermo desde hace 3 1/2 años, después del fallecimiento de la madre. Al día siguiente comenzó a sentir una molestia en el bajo vientre que, con alternativas, ha continuado hasta ahora. Tiene la impresión que esa molestia se intensifica cuando tiene la vejiga ocupada aunque sea con pequeña cantidad (100 a 200 grs.) de liquido. Y entonces experimenta la necesidad imperiosa de orinar.

Cree que esto es lo principal y la causa de otros trastornos nerviosos: inquietud, temblor, dificultad de pensar, etc.

Hace ya mucho tiempo que lo asiste un médico general y un especialista genito-urinario (lavajes, inyecciones, etc.) Pero se encuentra peor y muy preocupado por su enfermedad. Ha pensado en el suicidio.

Vida sexual normal hasta hace 25 días que se ha decretado la abstinencia.

Tiene novia pero por la enfermedad no ha querido fijar fecha para el matrimonio.

La supresión del tratamiento local y la postergación indefinida del compromiso matrimonial han hecho desaparecer todos sus trastornos.

CAPITULO III

DE LAS RELACIONES ENTRE LA HIPOCONDRIA Y LA ESQUIZOFRENIA

Las consideraciones que describimos antes sobre la actitud de las gentes frente a las enfermedades deben recordarse aquí para destacar las diferencias entre los cicloides y los esquizoides. El ciclotímico vive acaparado por la realidad exterior y por el momen-

to presente. En cambio el esquizotímico contempla su vida interior. El extravertido desdeña la salud "por ser cosa demasiado poco objetiva" (Jung) y exterior. El introvertido es un cultor de la subjetividad, trabaja sus ideas y sus sensaciones.

Y en efecto encontramos frecuentemente tendencias hipocondríacas tanto en los esquizotímicos (Kretschmer) como en los esquizoides (en la acepción de Claude) así como en las formas iniciales, frustras o periódicas de la esquizofrenia (en general en las fases de actividad procesal). Son en cambio mucho más raras las manifestaciones hipocondríacas en los estados avanzados, en las formas demenciales y residuales.

La introverción favorece las tendencias hipocondríacas y a su vez el sentimiento y la postura hipocondríaca favorecen el autismo. Los sentimientos altruístas se debilitan y el enfermo concentra su interés en el cuerpo y se recoge en la observación de sí mismo.

En este sentido puede decirse que la hipocondría conduce a la esquizofremia. Es también la opinión de Freud. (Tomo V de sus obras completas) pero por otras razones. La hipocondría es una neurosis narcisista. El instinto amoroso se fija en el sujeto y se inserta en determinados órganos. Es un placer de enfermedad. Y la esquizofrenia una voluntad de enfermedad. Una regresión al estado primario de la sexualidad infantil. La expresión más acabada del auto-erotismo.

También desde el punto de vista psicológico y dando una gran latitud al concepto de esquizofrenia, Bleuler opina que las hipocondrías crónicas no conducen sino que ya son ellas mismas verdaderas esquizofrenias.

Estas disquisiciones psicológicas dejan ver que, como en un círculo, una afección favorece a la otra, la esquizofrenia se complica de hipocondría, la hipocondría conduce a la esquizofrenia. La clínica psiquiátrica confirma todas estas posibilidades pero nos enseña que estas asociaciones o derivaciones o transformaciones hipocondríaco-esquizofrénicas, aun cuando realmente existentes, no son sin embargo tan frecuentes como habría derecho a suponerlo según aquellas consideraciones, un tanto teóricas.

a).—**El esquizoide hipocondríaco.**—Este desacuerdo se atenúa si se admite que muchas hipocondrías pueden ser en realidad formas leves de esquizofrenia. Hay en efecto esquizofrenias frustras (Kronfeld, Wizel) y sociables que pueden pasar enmascaradas de neurosis. No ya pues neurosis preesquizofrénicas sino propiamente esquizofrenias neurósicas. En ellas hay un descenso del nivel emocional, una disminución del interés por el trabajo y una preponderancia de las preocupaciones hipocondríacas.

Expondremos un caso clínico que nos parece muy interesante.

J. P. es un estudiante de derecho que tenía 22 años cuando lo ví por primera vez en 1933. A los 16 años había padecido de un estado neurasteniforme que después de dos años había mejorado con una estada en el campo. Desde entonces sufre de dispepsia (anorexia — pesadez a veces acidez) y estreñimiento. Se considera "un digestivo".

Ha estado sometido al tratamiento de varios médicos (pasó un mes a leche, etc.). Astenia predominando en la mañana. Poluciones nocturnas. No tuvo relaciones sexuales.

Al examen somático y neurológico no aporta ningún dato digno de mención.

III/1934.—Ha estado nuevamente en tratamiento con internistas. Fué examinado con rayos X y le diagnosticaron vesícula inflamada con adherencias al intestino. Siguió un régimen severo. Se encuentra cada vez peor.

"Lo que no tengo es afectividad, todo se me ha sustituído por sensaciones digestivas". "No puedo leer novelas ni experimentar verdaderos placeres porque estoy, permanentemente inundado por sensaciones digestivas". "Yo vivo bajo un régimen digestivo".

¿Pero cuáles son sus sensaciones digestivas? "Estoy, no puede expresarse con palabras, como un sujeto que estuviera por vomitar. Y la cabeza pesada, angustias, palpitaciones, no tanto el corazón acelerado como la circulación acelerada". Cuando le hago notar que no son sensaciones propiamente digestivas me dice que "son perturbaciones que tienen el estilo digestivo".

Desde hace dos años no da exámenes y concurre raramente a la Facultad. "Por ahora solo quiero curarme". Por otra parte la

carrera no le interesa y dice que la siguió "porque era la que me disgustaba menos". Le interesa la filosofía, especialmente Nietzsche, Bergson, Platón y la literatura rusa.

VIII/1934.—Continúa igual. Falta de fuerzas: "tengo miembros como de algodón" pero sobre todo "una sensación de debilidad que invade el psiquismo". Dolores diversos que tienen alguna relación con las comidas "cierta conexión pero no íntima". Tengo apetito pero no como con gusto". Siguen sus extrañas sensaciones: "puedo experimentar sensaciones digestivas como por una sustancia de terciopelo sobre la piel".

IV/1935.—Está muy deprimido. Atribuye su tristeza a tres causas: trastornos digestivos, rencillas caseras y dificultades financieras". Ha tenido algunas diferencias con sus familiares. "No hablaba con nadie, me encerré en un mutismo absoluto". Al referirme sus relaciones con las personas (retraído-solitario) me dice: "Tengo una película que me separa de la vida. Algo así que no siento la alegría de los otros".

Tuvo hace unos meses breves relaciones sexuales (con una mucama de su casa). Desde entonces onanismo y poluciones nocturnas. Se considera impotente.

II/1936.—Aun cuando sigue experimentando sus extrañas sensaciones ("voy nadando en sensaciones digestivas") la interpretación es distinta: "puede ser un exceso de sensaciones digestivas o una falta de vida afectiva". Acentuado sentimiento de despersonalización ("no vivo, soy vivido por otro") que describe largamente en una relación que trajo a mi pedido y de la que reproducimos los pasajes vinculados con sus manifestaciones hipocondríacas.

"Hace como 5 años empecé a padecer esta enfermedad. Lo que primeramente se produjo —de lo que yo naturalmente no era bien consciente en aquella época — fué lo siguiente: una sensación única, que se hacía fundamental en mi psicología, imposible de describir y que venía como de lo orgánico, como desde el cuerpo, invadiendo la cenestesia hasta invadir en cierto sentido la psicología. Como si esa sensación o conjunto de sensaciones hubiera sustituído en algún sentido imprecisable a la personalidad...

Eso "empotraba" y embotaba la vida afectiva, le hacía perder su movilidad e intensidad, su "tono" habitual con cierta interrupción del lazo con lo exterior, con los acontecimientos ,etc.

De todo esto yo no era bien consciente. Creía que todo provenía de la dispepsia que padecía en aquel tiempo.

En el año siguiente los fenómenos descriptos se hicieron más intensos. Lo que parecía la dispepsia se desarrolló en ciertos fenómenos digestivos raros (no respondiendo a la clasificación ni tratamiento corriente) pero que se le aparecían al enfermo como reales, acompañados a veces de fiebre y presentándose en otros como estados de intoxicación.

Esto no tiene importancia (al menos tomado literalmente) y si se recuerda aquí es sólo para mostrar que aquella institución de la personalidad, aquella invasión de la conciencia por sensaciones internas, adquirió un carácter más preciso, es decir, más ceñido a determinados procesos que el paciente consideraba de orden digestivo.

Así pudo distinguir en su vida psicológica determinados estados correspondientes a los que creía distinguir en sus fenómenos digestivos: psicología de los estados de intoxicación, idem de los estados en que ésta habría sido suprimida, estados intermedios, etc. Esto dió, como las variaciones sobre un fondo común invariable, la sustitución señalada.

La vida del paciente presentó desde entonces el siguiente cuadro:

El sentimiento fundamental que el paciente tiene es de que él no es más él (estando seguro de no tener la más mínima alteración de su sentimiento del yo). El (sigue absolutamente siendo el mismo) es simplemente la pantalla donde se proyecta la película de una vida psicológica que no es la suya..."

b).—Paranoide hipocondríaco.—La forma paranoide especialmente la variedad llamada "debilitamiento paranoide" por Kraepelin o psicosis paranoide esquizofrénica de Claude (que la opone a la demencia paranoide hebefrénica) — es dentro de la esquizofrenia la que mejor realiza el tipo hipocondríaco. Son paranoides sociables bastante semejantes a los paranoicos con quienes a menudo

se les confunde y de los que se distinguen por las alteraciones de la afectividad y por las modificaciones de la conducta que de ella derivan.

Es el caso de un estudiante español, de 19 años, a quien examiné hace 1 año en la policlínica del Vilardebó.

Después de haber tenido algunas discordias con sus familiares, vino a Montevideo en 1936. Desde entonces se encuentra en casa de un tío suyo pero tampoco allí se encuentra bien y desearía ingresar al hospital. Aún cuando vino con el propósito de continuar aquí sus estudios no ha dado ningún examen ni tampoco concurre a las clases. No estudia ni trabaja. No tiene amigos y casi no sale de su casa.

Refiere que su enfermedad comenzó hace unos dos años. Hasta entonces había practicado el onanismo, hasta que un día se dió cuenta "que marchaba al abismo". Entonces se valió del alcanfor como anafrodisíaco. Pero por su efecto o el de la codeina que le dió un médico por aquel entonces, no sólo se suprimieron las "erecciones sexuales" sino también hasta las "erecciones" fisiológicas" que son las que se producen de modo normal y espontáneamente.

También supone que pueda haber participado en su enfermedad un purgante que tomó hace un año y medio porque desde entonces la exoneración ya no se efectúa en las condiciones de antes.

El hecho es que padece desde entonces de dos clases de amnesia: una amnesia visual y otra auditiva que le impide prácticamente el estudio.

Después de esta visita el enfermo no volvió más a mi policlínica. Recorrió cambiando a menudo las otras policlínicas del hospital.

c).—**Hebefrenía hipocondríaca.**—Algunas veces la hebefrenía comienza por un estado hipocondríaco.

El sentimiento de extrañeza y las alucinaciones cenestésicas (que son síntomas precoces y primarios de las esquizofrenias procesales) originan y alimentan las preocupaciones y las sensaciones hipocondríacas.

Es habitualmente un estado hipocondríaco ansioso y agudo que desaparece pronto sumergido por las otras manifestaciones procesales. Pero en algunas variedades (hebefreno-delirante y hebefreno.

paranoide) puede tener cierto desarrollo delirante y ser más persistente.

V. T. uruguayo, de 19 años, soltero, ingresó a mi servicio del Hospital Vilardebó el 9 de febrero de 1938.

Era un muchacho de carácter reservado y de conducta caprichosa, cuya enfermedad había comenzado seis meses antes por un malestar en el epigastrio que lo preocupaba mucho. Con ese motivo consultó varios médicos. En las últimas semanas su estado se agravó: manifestó que se encontraba extraño, pensaba en la muerte y le pareció ver cementerios.

Al interrogatorio el enfermo refiere que había tenido dos veces crisis de angustia: "me quedaba sin respiración" y desde entonces tiene siempre presente el pensamiento de la muerte.

Al examen: enfermo lúcido, imprecisamente orientado, que ingresó algo excitado con risas inoportunas. Pueril. Travesuras. Ideas de daño. En la sala le ponen muertos al lado de su cama.

Neurología normal. Análisis normales.

V/938.—Está desde hace un tiempo en estado catatónico con gatismo urinario y fecal. Sitiofobia por períodos.

VII/8.—Recibió varias inyecciones de cardiazol y el comportamiento ha mejorado mucho: trabaja regularmente, recibe bien a la familia, reconoce que sus antiguas ideas era "una fantasmagoría". Todavía algo duro y deprimido.

Sale de alta en prueba por dos meses.

XI/38.—Ha seguido bien.

Es como se ha visto una hebefreno-catatonía que se inició por un estado ansioso a tema hipocondríaco.

El caso siguiente es semejante al anterior (hebefreno-catatonía) pero lo singulariza el hecho de que las manifestaciones hipocondríacas aparecieron en la fase catatónica en chocante discordancia con la actitud del enfermo.

Juan P. M. 34 años, uruguayo, soltero, agricultor. Ingresa al servicio el 13 de setiembre de 1933.

Al examen: enfermo inmóvil, los ojos bajos, actitud concentrada. No habla espontáneamente. Pero al interrogatorio imperioso contesta en voz baja, monotonamente, sin hacer un gesto y con

los ojos siempre bajos pero responde abundantemente. Refiere que su enfermedad comenzó hace ya dos años con un gran miedo. Después fué perdiendo poco a poco sus fuerzas como si se fuera paralizando. Además cuenta que le aparecieron dolores numerosos que el enfermo detallaba. Y luego perdió el apetito... Por momentos adelgazaba y otros engordaba. También le sucedió de quedarse sin sentido etc., etc. Cuenta que se siente algo mejor desde que salió de su casa, en la 3a. sección del departamento de Cerro Largo, donde había pasado hasta ahora.

P. 56.—Midriasis—Fotomotores y acomodación normal. Motibidad ocular normal. Reflejos tendinosos vivos. Cierto grado de hipertonía. Conservación de actitudes. Reflejo de postura. Rueda dentada.

El enfermo continuó en ese estado durante mucho tiempo.

El año pasado se presentó una tía a quien le solicitamos antecedentes. Según ella el enfermo era de un carácter nervioso, muy temeroso y aprensivo pero habitualmente alegre, conversador, burlón y jaranista. La enfermedad lo transformó: se aislaba, andaba por los rincones, no quería comer, quiso echar a los hermanos y se levantaba entre la noche para vigilar a su madre que estaba separada de su marido.

El enfermo ha sido tratado con sulfocina y ha recibido una serie de cardiazol.

Se mueve algo más pero no trabaja ni habla espontáneamente y se mantiene solitario, pero abandonó sus ideas hipocondríacas.

Eso es lo que suele pasar habitualmente. La hipocondría derivada de la angustia de los trastornos cenestésicos, de los sentimientos de extrañeza o despersonalización somato-psíquica, pertenecen a las formas ligeras o al primer período de las esquizofrenias procesales. Cuando la enfermedad avanza y el autismo se agrava o cristaliza desaparecen los temores y las ideas hipocondríacas.

CONCLUSIONES

Accediendo a los deseos de los organizadores de esta jornada neuro-psiquiátrica, voy a enumerar, a la manera de conclusiones o proposiciones, "las ideas esenciales para promover el debate".

Pero siendo fundamentalmente esta comunicación una contribución clínica al estudio de las diversas variedades de hipocondría, ella no se presta a una exposición sintética. Además, las opiniones expresadas sobre los puntos litigiosos, que en el texto aparecen desarrolladas y fundadas in extenso, cuando se las presenta escuetamente pueden impresionar como injustificadas o dogmáticas.

I.—La hipocondría es una realidad clínica

Los hipocondríacos existen aun cuando su número haya disminuído después del conocimiento de las nuevas neurosis.

Esta realidad clínica no puede desvirtuarse por consideraciones puramente formales.

Puede haber discrepancia sobre si la hipocondría que parece idiopática es una enfermedad o solamente un síndrome. Pero esta discusión, tal vez ociosa, podría plantearse a propósito de la mayoría de las "enfermedades" psiquiátricas.

II.—La hipocondría debe ser una entidad nosológica

La hipocondría es un tipo clínico suficientemente especificado y relativamente frecuente como para no ser desdeñada por las descripciones nosográficas.

Se puede sostener que la hipocondría es siempre secundaria y admitir por razones prácticas (como para la confusión mental y la epilepsia) la conveniencia de su inclusión en las clasificaciones psiquiátricas.

III.—La hipocondría debe ser dividida en aguda y crónica

Esta división está justificada por la diferente etiología, patogenia, sintomatología y evolución.

a) La hipocondría aguda aparece en el terreno de la emotividad mórbida y de la ansiedad (neurosis ansiosa-psicastenia) y la hipocondría crónica en sujetos de carácter sadístico-anal.

b).—La hipocondría aguda es una reacción neurósica y la crónica un desarrollo obsesivo-delirante.

c).—La hipocondría aguda en un estado ansioso con nosofobias y en ella predomina el trastorno emotivo. La hipocondría crónica es un estado delirante y en ella predominan los trastornos paralógicos y del comportamiento .

d).—La hipocondría aguda evoluciona habitualmente en semanas o meses y es generalmente curable. La hipocondría crónica evoluciona de modo crónico y es generalmente incurable.

IV.—No existe una constitución hipocondríaca

Esto es verdad tanto para la aguda como para la crónica. Pero existe una predisposición hipocondríaca (en parte hereditaria y en parte adquirida) a la que se agregan motivos ocasionales.

V.—La hipocondría debe ser separada de los delirios y anexada a las neurosis

a).—Porque tanto la aguda como la crónica permiten la convivencia social. Los hipocondríacos son generalmente enfermos de ciudad.

b).—Porque la hipocondría aguda es una reacción neurósica.

c).—Porque la creencia hipocondríaca es una idea sobrevalorada que está más cerca de las ideas obsesivas que de las delirantes.

La Hipocondría en Medicina Legal

Por el Profesor GUILLERMO URIBE CUALLA

LA HIPOCONDRIA EN MEDICINA LEGAL

POR EL

PROFESOR GUILLERMO URIBE CUALLA

Profesor de Medicina Legal y Toxicología en la Facultad de Medicina de Bogotá.—Profesor de Medicina Legal y Psiquiatría en la Facultad Nacional de Derecho.—Médico Jefe de la Oficina Central de Medicina Legal.—Miembro correspondiente de las Sociedades de Medicina Legal de Francia, Cuba y Sao Paulo (Brasil).

INTRODUCCION

Habiendo sido designado por los ilustres Profesores Delgado y Trelles de la Facultad de Ciencias Médicas de Lima y organizadores de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Pan-americanas, para presentar una ponencia oficial sobre este tema, no he vacilado en aceptar esta difícil tarea, porque considero que cualquiera contribución que se preste a la dilucidación de estos capítulos de psicopatología, ayuda eficazmente a la administración de justicia, fijando el papel trascendental que desempeña el médico legista cuando interviene con sus luces para aclarar un proceso, investigando los hechos que se han verificado, teniendo en cuenta los antecedentes de un hecho delictuoso, o de una reacción antisocial, que puede tener como base un hecho real, o en parte ser producto de la fantasía, sorprendiendo a la sociedad por los protagonistas que figuren, y que por su misma naturaleza debe ser investigado con un criterio verdaderamente psiquiátrico.

Aquí resaltan los puntos de vista distintos que tienen los especialistas en Psiquatría y Neurología, que con un criterio simplemente médico estudian un caso determinado para llegar a hacer

un diagnóstico, buscar una etiología o patogenia, e instituyen una adecuada terapéutica que sea capaz de curar, o por lo menos atenuar los síntomas que perjudican gravemente al enfermo, tanto en su psiquismo como somáticamente. Mientras que el perito psiquiatra que interviene como consejero técnico de la justicia (que es el concepto moderno del papel del médico legista), va más allá en sus investigaciones psicológicas, porque no solamente puede contentarse con formular un diagnóstico, por el análisis de un determinado sindromo, sino que estudia determinadas interpretaciones, juicios y razonamientos, que han llevado a ejecutar un acto muchas veces conscientemente, pero en cuántas ocasiones con premisas falsas, como cuando obra el enfermo bajo la influencia de una ilusión, una alucinación o una interpretación delirante. Y es entonces cuando brilla su inteligente intervención para llegar a conclusiones científicas respecto a la capacidad penal de un sindicado, cuando fija el valor de una declaración testimonial, cuando precisa la verosimilitud de ciertas manifestaciones posteriores a un traumatismo o a un accidente del trabajo, o cuando aconseja prudentemente la conducta que deben seguir los funcionarios judiciales en vista de la seguridad social.

En la presente exposición, no obstante que me referiré especialmente a la hipocondría desde el punto de vista médico-legal, sin embargo es necesario fijar su sintomatología, su frecuencia en determinadas psicosis, sus formas, su evolución, etc., para complementarla con su estudio médico-legal propiamente dicho, ilustración de casos concretos, y finalmente, sentar las conclusiones que se desprendan lógicamente de todo su contenido.

HIPOCONDRIA.—A qué se le ha dado el nombre de hipocondría? En el lenguaje corriente se cree que la hipocondría es sinónimo de melancolía, mas no es esto del todo exacto, porque si es cierto que todo hipocondríaco tiene un fondo de depresión melancólica, no todo melancólico es necesariamente hipocondríaco; es tan sólo la hipocondría un estado especialmente caracterizado por una preocupación exagerada de la salud bien sea física o moral. Ella puede constituír por sí sola todo un estado psicopático, mas también puede ser apenas un síntoma o manifestación de una psicosis.

La hipocondría es simple o delirante. HIPOCONDRIA SIMPLE: Esta forma bastante frecuente se presenta con varios matices, desde la simple preocupación de salud, hasta la idea hipocondríaca obsesionante. Es el escollo de los facultativos que nunca llegan a aliviar a su cliente, pasan para ellos como unos ignorantes que no son capaces de descubrir sus lesiones, y no pueden las más de las veces ser tratados como desequilibrados mentalmente, aunque en el fondo lo sean. Se caracteriza intelectualmente por una atención sostenida del enfermo sobre las sensaciones anormales que experimenta; desde el punto de vista moral existe depresión y angustia, inquietud y agitación, y por sobre todo una absoluta indiferencia para todo aquello que no se refiera a su enfermedad. En el orden físico, hay perturbaciones de la nutrición general sobre todo orgánica, y de la cenestesia. Puede persistir esta forma simple toda la vida, y siendo compatible con una actividad social más o menos normal. Pero en algunos casos toma la forma delirante sea aguda o sistematizada y crónica.

ESTUDIO DE LOS SINTOMAS.—La base primordial de la hipocondría simple o delirante son las perturbaciones de la sensibilidad interna, visceral y cenestésica, en las cuales el simpático tiene un papel preponderante. "Porque existen alteraciones o perturbaciones del simpático que tienen una sintomatología cerebral. Existe una relación fisiológica de órgano a órgano; después una relación efectiva porque el simpático en estos diferentes centros modifica la cenestesia; y esta es la base de la vida afectiva. Por consiguiente las modificaciones cenestésicas, resultan de alteraciones simpáticas, desempeñando un papel considerable en las variaciones del psiquismo. Y en tercer lugar, hay lo que se puede llamar la vida intelectual; la persona es en algún modo espectadora de sí misma, en los cambios que sufre; razona e interpreta lo que le pasa, y así se ven interpretaciones más o menos lógicas, y aun delirantes, modificaciones efectivas o fisiológicas que resultan del simpático. La melancolía es esencialmente caracterizada por la impresión, el dolor moral, que es la expresión de una mala cenestesia. Hace largo tiempo que ciertos autores habían pensado en que existe un factor simpático en la melancolía. Hoy día es evi-

dente y se puede decir que las manifestaciones psicológicas no son sino uno de los lados del sindromo melancólico, que se acompaña siempre de un lado somático caracterizado por la vaso-constricción, enfriamiento de las extremidades, disminución de las secreciones, por las modificaciones humorales y de la presión arterial. El factor simpático de la melancolía se pone en evidencia sea por el método morfológico, sea por método fisiológico. A la autopsia de algunos melancólicos con sindromo de Cotard, se han encontrado una pigmentación anormal de las células nerviosas en el núcleo dorsal del vago. En otros melancólicos con delirio hipocondríaco se ha encontrado un aumento considerable de los ganglios semi-lunares, con esclerosis y pigmentación anormal de las células simpáticas. Hasta el presente en las otras partes del neuro-eje, no se ha podido poner en evidencia lesiones que permitan reconocer en la autopsia la melancolía; pero existen alteraciones en ciertas glándulas de secreción interna.

Parhon fué el que primero llamó la atención sobre las lesiones del cuerpo tiroides, observadas con frecuencia a la autopsia de los melancólicos. Se ha comprobado en un caso una esclerosis atrófica considerable de la glándula tiroides. Este criterio morfológico de la melancolía puede ponerse en evidencia en algunos casos. Generalmente es el criterio simpático o por el método fisiológico el que se puede observar. Este criterio fisiológico de las manifestaciones simpáticas aparece cuando se estudian los diferentes reflejos simpáticos. Hay siempre en los melancólicos modificaciones vaso-motoras y existen variaciones de los reflejos oculo-cardíaco y solar, y particularmente en los melancólicos periódicos, las nuevas crisis de la melancolía se anuncian por una exageración si no constante, al menos muy frecuente, del reflejo oculo-cardíaco. Correlativamente se comprueba un aumento del pH urinario. Así que se puede afirmar que en los estados melancólicos, es posible descubrir un factor simpático comprobable tanto anatómica como fisiológicamente" (Conferences de Sympathologie Clinique—M. Laignel—Lavastine).

Los síntomas del lado intelectual y moral no son sino reacciones más o menos lógicas a las sensaciones experimentadas. Bajo

el punto de vista intelectual la atención es absorbida por el análisis de las sensaciones que pueden o no permitir al enfermo entregarse a sus ocupaciones profesionales. Su juicio y razonamiento pueden quedar intactos, no sólo bajo el punto de vista general, sino aun en lo que se relaciona con las alteraciones que él experimenta. El hipondríaco se preocupa de estas sensaciones, no por un razonamiento lógico, sino por consecuencia de la percepción inmediata que él tiene. En lo moral esta preocupación lo lleva a un estrecho egoísmo y a una indiferencia completa por todo lo que se refiere a su salud que parece ser el único objeto de sus conversaciones y actos. No existe gozo, ni sentimientos afectivos, ni gusto especial por el trabajo o el placer. De aquí resulta una depresión moral que llega hasta la inquietud y la angustia; algunos enfermos tratan de modificar esta situación empleando excitantes como el alcohol o ocuden a los estupefacientes como la morfina; y otros en su desesperación llegan al suicidio. Bajo el punto de vista físico es indudable que el hipondríaco tiene siempre un mal estado general. No es jamás graso ni obeso. Tiene el aspecto del dispéptico y algunas veces de canceroso. Se tiene la impresión de que se manifiesta una enfermedad orgánica latente, en la cual la hipocondría es su reacción psíquica. Otras veces la tendencia hipocondríaca se manifiesta con ocasión de enfermedades todavía no aparentes, pero que ya principian a perturbar las funciones orgánicas. Las funciones digestivas están atacadas: inapetencia; constipación, mal funcionamiento del hígado. También se presentan alteraciones en las funciones genitales y glandulares en general. Del lado de los vaso-motores se observa sobre todo vaso-constricción con todas sus consecuencias. Pero es sobre todo en la esfera de la sensibilidad que se presentan las perturbaciones fundamentales y primordiales de la hipocondría. Pero puede asegurarse que lo más afectado es casi exclusivo de la sensibilidad interna (visceral y general) y en la cenestesia. Al paso que normalmente la sensibilidad visceral nos produce las percepciones en relación con las modificaciones que se producen en nuestros órganos, teniendo estas sensaciones un punto de partida periférico y localizado; la sensibilidad general nos da la noción de lo que se verifica en los miembros y en la su-

perficie del cuerpo; sensaciones musculares, de peso, de calor y frío, hormigueo, picoteo, calambres, etc.; no sucede lo mismo en el hipocondríaco que tiene cierta impotencia para representar sus sensaciones en los términos usuales. Tienen un carácter raro y extraño, que lleva al enfermo a hacer comprender con imágenes, metáforas, comparaciones de una variedad indefinida y amplia. Este carácter especial se debe a que la sensación en lugar de tener su punto de partida en la periferia, tiene su epicentro en los mismos centros superiores. Nace en la corteza y se proyecta en los órganos. Tiene razón el paciente cuando dice que las sensaciones que él tiene en un órgano son extrañas y no se parecen en nada a las que ya conocía o había oído hablar. El sentimiento cenestésico puede ser alterado parcial o globalmente, en extensión o en intensidad. En extensión se pueden observar sus modificaciones en un órgano, en un miembro, o en todo el cuerpo. En el primer caso se tiene una cenestopatía localizada; en el segundo se tiene un estado de despersonalización. En intensidad se observa al primer grado una sensación extraña de un órgano, o de un miembro o del cerebro mismo, que no parecen funcionar y tener la misma vida que antes, del mismo modo que los demás órganos. En un grado más notable es una trasformación del órgano la que se produce; en fin este órgano termina por desaparecer y niega el enfermo que exista. Estas circunstancias pueden aplicarse no sólo a ciertas partes del organismo, sino a todo el individuo. Se comprende el papel capital que desempeña la cenestesia en la constitución de la personalidad tanto física, como moral. La cenestesia que nos da la sensación inmediata de nuestro ser vivo, y constituye la trama de nuestra personalidad. Sobre esta trama más o menos consistente pero siempre continua, se superponen todas las impresiones que resultan de los diferentes modos de nuestra sensibilidad y actividad. Está siempre asociada en una proporción variable, independientemente de las asociaciones particulares que las impresiones tienen entre sí. Ella establece así una continuidad en su sucesión, uniendo el presente con el pasado, y constituyendo por esta fusión la personalidad completa. Sensibilidad orgánica y cenestesia pueden ser atacadas separada o simultaneámente, dando origen en el

primer caso de una parte al sindromo hipocondríaco, de otra parte al sindromo de despersonalización, y en el segundo caso produciendo en el hipocondríaco perturbaciones en su personalidad que producen la trasformación y la negación del yo.

SINDROMO HIPOCONDRIACO.—Las sensaciones anormales del hipocondríaco producen una exageración de las menores alteraciones reales, que pueda experimentar, unas veces teme que estas sensaciones sean indicio de una enfermedad grave o en vía de evolución; otras veces cree en la existencia de una enfermedad latente más o menos desconocida.

SINDROMO DE DESPERSONALIZACION O ACENESTECIA.—Se distinguen dos formas: una parcial: cenestopatías; la otra global: despersonalización o acenestesia. Bajo el nombre de cenestopatías, Dupré y Camus, describen a ciertos enfermos que se quejan de sensaciones penosas, extrañas, acompañadas de angustia, y diversamente localizadas, y que las describen con ciertas comparaciones, metáforas, imágenes, etc., y que sin embargo no entran jamás en la interpretación delirante. Este estado es al delirio hipocondríaco, lo que la alucinosis es al delirio alucinatorio. Respecto a la evolución de estas cenestopatías hacia el delirio, las mismas reservas que para la alucinosis. A estos estados en que la sensibilidad visceral o cutánea es afectada, deben agregarse todos aquellos en los cuales las otras formas de la sensibilidad interna son alteradas, sentido muscular, barestesia, etc. Es así como algunos individuos se sienten tan ligeros que ellos pueden ser levantados por el viento, u otros tan pesados que no pueden caminar; se sienten enormes; incapaces de moverse porque no tienen la sensación de resistencia de los huesos, o la de unión articular de sus miembros. No obstante estas sensaciones extrañas ellos continúan obrando casi normalmente, cosa que se explica por la falta de certeza respecto a su causa. Estas sensaciones extrañas son variables en cuanto a sitio, aparición, duración e intensidad. Es lo que se llama topoalgia en los obsesionados.

Bajo el nombre de despersonalización — al cual se prefiere el de acenestesia, y que también Krishaber llama neurosis cerebro—cardíaca—se designa un estado en el cual se ha perdido la sensa-

ción del yo, ninguna perturbación motora, ni de la memoria, ni de la inteligencia, sino sensación de extrañeza del mundo exterior y de sí mismo. El individuo que ha perdido lo que P. Janet llama la función del real, se siente diferente de sí mismo, y experimenta un malestar indefinible que puede llegar hasta la angustia y el horror. A la acenestesia se unen dos sindromos raros que se pueden encontrar en distintas psicosis (delirios sistematizados, melancolía, hipocondría, demencias y psicastenia): el transitivismo de Wernicke y la ilusión de Capgras y Reboul Lachaux. En el transitivismo el enfermo tiene la sensación de que el mundo exterior está cambiado y todo lo que le rodea se ha vuelto alienado. En la ilusión es incapaz de reconocer completamente una persona; cada vez que la ve le parece un poco diferente, y por consiguiente en ambos casos la identificación es incompleta. Ninguna perturbación sensorial, sino alteraciones de la sensibilidad interna y en particular de la sensibilidad al dolor. Esto se explica por el hecho de que las sensaciones no tienen por sí mismas ningún carácter personal si ellas no comportan un elemento afectivo. Es la necesidad y el dolor los que dan al individuo la sensación de su ser. Esta analgesia es de lo más penoso para el enfermo, que trata de despertar su sensibilidad al dolor por toda clase de excitaciones que llegan hasta verdaderas mutilaciones. Los estados de despersonalización o de acenestesia se producen bruscamente, sea bajo la forma continua, cuya duración es larga, y que puede pasar a la cronicidad. Cuando la acenestesia se instala de un modo permanente el enfermo es incapaz, aun conservando su inteligencia y su memoria de interesarse por algo distinto a la alteración que él experimenta. Se encuentra verdaramente obsesionado. En estos casos de acenestesia no existe desdoblamiento de la personalidad. Y si es cierto que los estados cenestopáticos se encuentran principalmente en los psicasténicos, la acenestesia aparece al contrario generalmente de un modo aislado en individuos que no tienen ninguna otra manifestación psicopática.

HIPOCONDRIA DELIRANTE:—El día en que un hipocondríaco deja de exclamar: "Es como si una serpiente me comiera el intestino". "Es como si un murciélago me chupara la sangre",

para decir: "Es una serpiente la que me pica el intestino". "Es un murciélago el que no me deja sangre", pasa de una simple hipocondría a una hipocondría delirante. No existe entre los dos actos una simple diferencia de grado, sino de interpretación. Porque en el primer caso el juicio se conserva, mientras que en el último está falseado. Se distingue una forma aguda que es más rara, y otra crónica con remisiones y exacerbaciones. La forma aguda sobreviene bruscamente en un hipondríaco simple. Es un acceso delirante acompañado de alucinaciones diversas, de confusión y angustia, con ideas de persecución y de suicidio. Las ideas delirantes pasan del simple terror a las ideas de trasformación y de negación, ya localizándose en ciertos órganos, ya sobre toda la personalidad. Y generalmente esta crisis se acompaña de un mal estado general, rápido enflaquecimiento, y hasta terminarse con la muerte. La forma crónica puede seguir a la aguda, e instalarse progresivamente. Es precedida de alteraciones físicas, con debilidad general y enflaquecimiento. Hay interpretaciones delirantes, acompañadas de alucinaciones y de reacciones motoras; vienen ideas de trasformación del yo hasta la negación. En las ilusiones internas o viscerales el punto de partida de la ilusión se encuentra en uno de los órganos de las cavidades espláenicas, cuyos sufrimientos son viciosamente percibidos e interpretados por el enfermo. Un paciente cree que tiene un magnetizador en el vientre, otro sostiene que el diablo le entra por los pies y va a alojarse en el cerebro (demonomanía, delirio de posesión, y reclama su extracción). Un tercero cree haber tragado al diablo y rehusa durante varios días exonerar su intestino por miedo de ponerle en libertad. Una enferma, dice Esquirol, creía tener todo un regimiento de soldados en el vientre. Cuando los dolores se exacerbaban, se irritaba, gritaba, y repetía que sentía los golpes que se inferían los soldados al batirse y al herirse con sus armas. Otra estaba convencida de que los Papas celebraban concilio en su vientre. Una ilusión bastante frecuente en las enajenadas es creerse embarazadas. Brierre de Boismont refiere que una mujer de setenta años anunciaba cada año y en la misma época que estaba encinta. Sentía los movimiento de la criatura, preparaba su canastilla y simulaba los dolores de par-

to. Cuando consideraba que había dado a luz, volvía a sus habituales costumbres, sin preocuparse del producto de la concepción. En todos estos casos existen lesiones orgánicas permanentes o temporales, que determinan sufrimientos más o menos vivos, los cuales son interpretados por el enfermo en el sentido de su delirio. "He practicado dice Esquirol, en la Salpetriere la autopsia de una mujer lipemaniaca que por espacio de varios años había creído que tenía un animal en el estómago. Temía un cáncer en este órgano. Una mujer que experimentaba gran peso y dolor en las partes genitales, se imaginó que tenía un lobo en su cuerpo; el reconocimiento comprobó un prolapso uterino, y un pesario cuidadosamente aplicado disipó esta ilusión, aunque la enferma no estuviera completamente curada". Hay hipocondriacos que fatigados por las ilusiones del sentido genésico de que son víctimas, no titubean en mutilarse; otros, creyendo que el mal gusto y el mal olor que notan en los alimentos, son productos de las sustancias venenosas que les añaden sus enemigos, rehusan comer e intentan dejarse morir de hambre. Las interpretaciones delirantes varían en gama muy extensa. Unas veces cree tener una lesión grave (cáncer, tumores diversos); otras veces sus órganos están obstruídos o atrofiados; ya sienten cuerpos extraños o animales vivos (delirio de zoopatía) o de los demonios (demonomanía) que en él existen, y reclama su extirpación. Estas sensaciones pueden tener como punto de partida un tumor o una afección renal. La hipocondría ataca a menudo a sujetos informados sobre las enfermedades, médicos, farmacéuticos, como también a aquellos que quieren aprender medicina en los diarios; como también es indudable la influencia de los maleficios de estos vulgarizadores. Existen tantas ideas hipocondríacas, como enfermedades conocidas.

En el anciano se ve con frecuencia la idea de la constipación intestinal o estreñimiento, que se sostiene por las recomendaciones del médico, por la importancia que tiene en el anciano la correcta exoneración del intestino. Así se ven viejos que afirman tener un estreñimiento pertinaz, aun cuando se ponga ante sus ojos la prueba de su error. Hay individuos que se creen con hidrofobia, lepro-

sos, tuberculosos, canceresos, anémicos, impotentes, sifilíticos, con parálisis general.

Se cuenta de un médico fatigado por consecuencia de sus actividades en la guerra, se cree que padece de una enfermedad de Addison, se encuentra pigmentaciones, astenia, hipotensión arterial, etc., hace la consulta con todos los facultativos que pueden ilustrarlo. De pronto un día por broma un su amigo y colega le dice, ¿y no será más bien una parálisis general lo que usted padece? Y la idea se injerta y germina en el desgraciado médico, y no obstante todas las pruebas negativas, como exámenes de laboratorio, continúa tenazmente creyendo en este errado diagnóstico.

Las ideas de trasformación de los órganos se refieren también a graves perturbaciones cenestésicas, como obstrucción, estrechez; así se expresan los enfermos: tengo el estómago tapado, el cerebro mío es de vidrio; mi hígado es de madera, mi corazón es de arcilla, mis piernas son de piedra, etc. Hay trasformaciones de la personalidad, parciales, como cuando se desarrollan ideas de posesión por animales o demonios, o totales como sucede en la zoantropía, en la licantropía, que consiste en estar convencidos de que una o varias partes del cuerpo se han trasformado en las de un animal, como cuando un paciente se cree convertido en lobo y trata de imitar en su mímica y aspecto la actitud salvaje y agresiva de este animal.

Las ideas de negación también se manifiestan en el hipocondríaco, como cuando afirma no tengo corazón, no tengo estómago, no tengo cerebro, no poseo hígado, etc., hasta llegar a afirmar no existo, estoy muerto, mi cuerpo y sus órganos no funcionan, están paralizados. Existe en ocasiones contradicción como cuando rehusa tomar alimentos, porque no tiene estómago y sin embargo no tiene inconveniente en tomar unas obleas medicamentosas. Otras veces por estar convencido de que sus órganos están trasformados en una materia imperecedera, nunca morirá (idea de inmortalidad) y están resguardados de la muerte.

Las ideas de negación se manifiestan refiriéndose o bien a la personalidad física, los negadores no tienen corazón, estómago, cerebro; o son obstruídos, cambiados en piedra, etc. Otras ideas se relacionan con la personalidad psíquica, no pueden pensar, sentir,

querer, etc.; ya se refieren al mundo externo, y aun a la metafísica; nada existe, todo el mundo está muerto, la realidad no es sino un fantasma, no existe Dios. En el hipocondríaco las perturbaciones cenestésicas dan origen a estados persecutorios durante los cuales los enfermos se quejan de que sus enemigos les arrancan los órganos. Bajo la forma sistematizada las ideas de negación constituyen el delirio sistematizado crónico de Cotard o sindromo de Cotard, que aparece de preferencia en los melancólicos ansiosos de alguna edad y en los hipocondríacos. Y el cual está esencialmente caracterizado por la ansiedad, ideas de condenación y de posesión, ideas de negación, y por las ideas de inmortalidad que resultan de las ideas de trasformación de los órganos en sustancia imperecedera. Secundariamente se aprecia la analgesia, lo que explica la frecuencia de las auto-mutilaciones y del suicidio.

SEMIOLOGIA DE LA HIPOCONDRIA.—La hipocondría simple o delirante es la forma esencial, pero puede manifestarse en otros casos constituyendo la etapa inicial de ciertas psicosis como el delirio crónico de persecución, o la parálisis general, otras veces da a ciertas psicosis una orientación especial, produciendo las formas hipocondríacas como la neurastenia, melancolía, delirio de persecución hipocondríaco, delirio de reivindicación hipocondríaco, parálisis general, demencias, intoxicaciones y auto-intoxicaciones, y por consiguiente de aquí se deduce la importancia que tiene su estudio en medicina legal.

DELIRIOS DE PERSECUCION: La psicosis alucinatoria crónica o delirio crónico de Magnan o demencia paranoide o forma paranoica de la demencia precoz o delirio de persecución tipo Lasegue-Falret, está caracterizada en su primera etapa por la hipocondría (período hipocondríaco de Morel), de incubación de Falret, de inquietud de Magnan, de concentración analítica o de análisis subjetivo de Regis. Principia la afección generalmente por un malestar intelectual, la hipocondría moral, es decir por sensaciones morbosas que principian por sorprender al paciente, atraen su atención y los llevan a analizar. Existen fenómenos dolorosos, cefalalgias, palpitaciones, zumbidos de oídos, deslumbramientos. Con frecuencia tienen vagos sufrimientos que tienen por localización es-

pecial los órganos genitales o el tubo digestivo. Otras veces se trata de sensaciones anormales de constricción craneana, de vacío en el cerebro, de dificultad para trabajar, pensar, etc. El enfermo no se preocupa mucho de esta situación, se examina y escruta atentamente todos sus síntomas que van en aumento. Lo que le parece más extraño es que aparte de las perturbaciones físicas, nota que su inteligencia se trastorna, su espíritu funciona mal, como que no puede dirigirse, y este automatismo de su ser se vuelve algunas veces tan fuerte, que el pensamiento se exterioriza y se encuentra más o menos conscientemente proyectado hacia afuera. Se trata de las alucinaciones psicomotoras de Seglas, que son los fenómenos iniciales en aparecer. Hasta aquí el futuro delirante sistematizado se parece mucho al simple hipocondríaco y con el cual es fácil confundirlo; pero bien pronto por una pendiente natural de su espíritu que le distingue de los demás alienados llega a estudiar la causa de sus novedades, no en sí mismo sino fuera de él. Es por así decirlo el primer período de su evolución psíquica que en algunos se presenta sin hipocondría anterior. A partir de este momento el enfermo dirige a los que le rodean la esfera de sus investigaciones y relaciona con su propia persona todo lo que ve o lo que oye. Le parece que los seres y las cosas se han cambiado, no de naturaleza y forma, como en la melancolía ansiosa, sino de disposición o lugar; se ocupan de él, se le mira, se le hacen señas, o se cuchichea a su paso; todo lo que se dice tiene doble sentido; no encuentra sus cosas en su sitio; no puede trabajar; sus negocios marchan mal; nada le resulta. Los sucesos, los hechos, los contratiempos más sencillos y más explicables tienen para él un significado tendencioso (tendencia paralógica). Guardando siempre para sí el resultado de sus pensamientos que él duda en aceptar, que rechaza algunas veces, se vuelve cada vez más sombrío y puede sentirse impulsado hacia el suicidio; aun cuando este modo de obrar es más propio del perseguido mixto auto-acusador o perseguido melancólico, que no del delirante sistemático progresivo. Generalmente más bien no decae, sino que acepta la lucha contra el destino, tratando de vencer, y por consiguiente penetrando más en sus sombrías sospechas. Retrotrayéndose a su vida anterior, encuentra incidentes fútiles que

le parecen significativos, y que tomados en conjunto le demuestran que hace tiempo es objeto de una animadversión oculta (delirio retrospectivo metabólico). Mas ya las perturbaciones sensoriales han hecho su aparición, cuando no se manifiestan desde un principio. Sus falsas sensaciones olfativas o gustativas; otras veces perturbaciones diversas de la sensibilidad tactil o genital, ya falsas sensaciones auditivas; gritos, ruido de campanas, detonaciones, voces confusas.

Si se considera que el período inicial del delirio de persecución o psicosis alucinatoria crónica está caracterizado en muchas ocasiones por manifestaciones hipocondríacas, puede comprenderse su trascendental interés para la psiquiatría forense, desde luego que aquellos síntomas que a primera vista se refieren a exagerar una enfermedad, a interesar a un médico, o a sus familiares, sobre determinada perturbación orgánica, cuando salen de esta etapa de análisis subjetivo, y ya el paciente escruta en su periferia, y los males que siente los atribuye a causas externas, primero vagas, luego más concretas, sobre todo cuando presentan las alucinaciones auditivas y las interpretaciones delirantes, que vienen a convertir en enfermedad delicada y peligrosa para la sociedad, lo que en un principio no tuvo importancia. Cuántas veces el médico legista en el estudio de un sindicado encuentra que lo que fué principio de su estado delirante, era algo hipocondríaco que tenía su base en una alteración cenestésica, que en último término lo llevó al delito. Fué muy interesante el caso que conocí de un individuo joven, de unos treinta años de edad, que presentó una psicosis paranoica de interpretación reivindicacionista, que tuvo como principio el hecho de que le pareció ser ventrílocuo, y que para explotar esa cualidad se había formado una sociedad y recogido una cantidad respetable de dinero, con ese motivo; de pronto le surgió una obsesión contra un acaudalado señor de esta ciudad, porque consideraba que él le había adivinado su ventriloquía, y se había apoderado de ese dinero, y por consiguiente todos los perjuicios que había tenido en su economía, se debían exclusivamente a este capitalista distinguido. Dicho individuo tuvo varios altercados con aquel señor, que ni siquiera conocía personalmente; y por haberse

sistematizado su delirio persecutorio hubo que asilarlo en el manicomio. Pasó algún tiempo, y como fuera de esta obsesión conocida, en todo lo demás, era completamente normal, fué puesto en libertad. Duró algunos días aparentemente tranquilo, pero su delirio de interpretación continuaba, y de pronto encontrado a su perseguido por la calle le hizo un disparo con revólver que le produjo una herida delicada en un muslo, aun cuando no fué mortal. Las autoridades aprehendieron al agresor, el cual negó el atentado, reconociendo que tal vez antes habría alguna cosa con dicho señor, pero que él no había pensado más en tales asuntos. Hubo entonces una disimulación de su delirio, porque al paso que al conversar con él no hablaba nada de dicho señor, en su correspondencia examinanada se encontraron múltiples escritos en que acusaba a dicho señor de robo del dinero recogido para su ventriloquía, etc. Por constituír este señor un peligro social evidente dada la sistematización de su obsesión persecutoria, hubo que aislarlo nuevamente por tiempo indefinido. Posteriormente se fugó del manicomio y se fue para el exterior donde había sido educado. Es pues evidente que existe una clase de delirantes perseguidos, cuyo sistema delirante reposa sobre erróneas interpretaciones o sobre una sensación de influencia que tiene origen en interpretaciones cenestésicas. Estos delirios producen una alteración profunda del comportamiento y de la conducta, y sobre todo despierta ideas de venganza o tendencias reivindicativas y procesivas, muy perjudiciales para el orden social. Estos delirantes interpretantes, estos paranoicos pueden revelar una gran capacidad intelectual en muchos matices, y sin embargo la perturbación mental parcial que presentan es consecuencia de alteraciones profundas de la capacidad del juicio y de crítica en un dominio particular. Su razonamiento se hace sobre premisas falsas y se desarrolla con una lógica rigurosa, con gran capacidad dialéctica, para terminar en conclusiones erróneas y extrañas. Estos paranoicos exhiben argumentos bien escogidos, documentación precisa, y activa malignidad; en sus reivindicaciones sorprenden por lo fundamental de su discusión como por su rigidez y tenacidad de sus reivindicaciones, y así se traducen fácilmente en actos de violencia contra las personas, por sus escritos, panfletos de todas clases contra sus víctimas, amenazas de muerte o insinuacio-

nes, intervención en la vida privada de las personas, y aun atentados contra los individuos. Una de las formas más peligrosas son los delirios de naturaleza hipocondríaca, en los cuales el paciente se obsesiona con la idea de enfermedad, se decepciona de la terapéutica o tiene interpretaciones con la conducta de los médicos o de las personas que han intervenido en su enfermedad, y presentan un delirio de persecución, en el cual las ideas de venganza van incubándose, y de aquí esos atentados o amenazas contra los médicos, practicantes, enfermeros o familiares que los atienden.

Los paranoicos procesivos o querellantes ocupan la atención de los diversos tribunales por motivo de los perjuicios que se dicen ser víctimas. Hacen uso de todos los procedimientos de jurisdicción, encadenando procesos a procesos, sin fijarse en los gastos que puedan tener y llegando en sus ataques hasta los más altos magistrados. Vienen a ser causa de graves perturbaciones en el orden público, porque ellos no vacilan en citar ante los jueces a personas que no pueden ocultarse, y de cuyos planes no se ve el fin por razón de la habilidad y de los trucos de que se valen. La apreciación médico-legal de estos delirantes perseguidos paranoicos varía según los casos. Cuando se trata de perseguidos alucinados y que se presentan como influenciados, y que ponen de manifiesto las causas que fundamentan su construcción delirante, como la telepatía, la brujería, la magia, la sugestión exterior, los rayos X, el carácter patológico es muy fácil apreciarlo, y no deja dudas su anormalidad, y entonces la sociedad puede fácilmente defenderse acudiendo al aislamiento indefinido hasta que las ideas delirantes hayan desaparecido y cese el peligro social. No sucede lo mismo para aquellos paranoicos que tienen una lógica formidable, y que fuera del estrecho círculo de sus ideas delirantes, revelan una actividad intelectual normal, y por la habilidad de su disimulación, aparecen ante muchas personas como que gozan de plena integridad de sus facultades.

La experiencia nos demuestra cuántos de estos paranoicos reivindicacionistas que tienen un fondo hipocondríaco han tenido que ser aislados por razón de sus amenazas y por el peligro que entrañan para los asociados cuando se sistematiza un estado de-

lirante, y sin embargo gozan de una lucidez mental tan notable y disimulan tan hábilmente su psiquismo parcialmente alterado, que en muchas ocasiones intervienen las autoridades judiciales para que se aclare el asunto con la colaboración de los médicos legistas, como resultado de declaraciones de personas honorables que hablan de un infame secuestro, y por los sesudos memoriales que los mismos enfermos dirigen continuamente al Procurador General de la Nación o a otras altas autoridades. Sólo el estudio de los antecedentes y el análisis psicológico de estos casos complicados pueden hacer resplandecer la verdad, y llegar a conclusiones científicas que sirvan para orientar una investigación de suyo tan delicada. En cuántas ocasiones el certificado que da un médico legista para que se aisle a un paranoico reivindicador es considerado por el mismo enfermo como el último término de una conspiración contra su libertad, y en el que el perito psiquiatra según él viene a ser un eficaz instrumento para su secuestro criminal, obedeciendo a un complot preparado de antemano.

La monomanía hipocondríaca es una forma de monomanía, en la que los enfermos tienen preocupaciones delirantes respecto a su salud. Unas veces los enfermos están preocupados por una enfermedad real cuya importancia exageran, y otras veces sus males son imaginarios. Al principio los hipocondríacos cuidan exageradamente de su salud. Procuran alternar con los médicos a quienes abruman a preguntas referentes a su estado, y leen con avidez las obras de medicina. El menor grano, el dolor más ligero les causan temores indecibles. Estos enfermos padecen frecuentemente faringitis granulosas; pasan entonces todo el día mirando su garganta y examinando sus esputos. Otras veces son víctimas del miedo a las enfermedades venéreas. Más tarde las alucinaciones y las ilusiones sensoriales se juntan a los síntomas precedentes y las concepciones delirantes se organizan. El enfermo menosprecia sus negocios, abandona su familia. No se preocupa de otra cosa que de tomarse el pulso, de mirar su lengua, de examinar sus orinas o de inspeccionar sus materias fecales. Se encuentra todos los días enfermedades nuevas; la sangre le hierve, el estómago está gangrenado, el intestino cerrado, los nervios torcidos. Para curarse estas enfermeda-

des los hipocondríacos se sujetan a planes absurdos y a prácticas insensatas; aquél se masturba para calmar sus nervios, éste se embriaga para tomar fuerzas. Cito la siguiente observación de Legrand Du Saulle que es muy ilustrativa. OBSERVACION: DELIRIO HIPOCONDRIACO —DOS TIROS DE REVOLVER DIRIGIDOS CONTRA EL DOCTOR M. BLEYNIE.—Un cochero llamado Burgeois de 44 años trató de asesinar al Dr. Bleynie, disparándole dos tiros de revólver. El motivo del atentado era el siguiente: Bleynie había tratado mal a Burgeois un enfriamiento. Desde entonces y por espacio de diez y seis años este enfriamiento fué la única preocupación de Burgeois". Hace diez y seis años, dice en sus declaraciones, tuve un enfriamiento en los intestinos; podía curarme en ocho días; bastaban seis baños de vapor. Fuí a consultar a M. Fievé, quien me ordenó drogas y me hizo poner vejigatorios sobre el vientre. Después de varios meses de este tratamiento, vuelvo a buscarle y le digo que estoy sufriendo a todas horas, y que era mayor mi mal; que los vejigatorios me habían descompuesto y estrechado los órganos. Cuando le expliqué mi mal se echó a reir, después de causarme sufrimientos horribles y de haberme robado horas de sueño y de trabajo. Me dirijo a M. Bleynie; me ordena baños calientes. Los tomo durante tres meses, y advierto que mi mal empeora, y que los baños calientes debilitan mis intestinos. Me quejo a M. Bleynie; me aconseja baños de río (hacía entonces mucho calor). Tomo algunos y empeora mi enfriamiento de una manera abominable. No sabiendo qué hacer, voy al Hospital de Saint-Louis a consultar con M. Biett; me prescribe baños de vapor. Tomé más de trescientos seguidos, pero era demasiado tarde; no experimenté ningún alivio. Tenía los intestinos tan cerrados, que hacían imposible la traspiración. M. Biett me aconseja una tisana de ababol con miel. La uso tres meses, pero comprendo que me produce una enfermedad mayor. M. Biett me aconseja todavía un vejigatorio. Vacilo largo tiempo; pero sintiéndome morir de sufrimiento, me aplico uno sobre el vientre. Reparo que se desprende de mi cuerpo una repugnante pasta formada por la asquerosa tisana de ababol y de miel. Me pongo entonces hasta cuarenta vejigatorios sobre el vientre. Reconocí que se habían desecado los órganos, y re-

traído el tegumento carnoso que va del vientre a la cabeza, de manera que está tirante la piel de la cara cuando me bajo y hago muecas. No he podido continuar mi oficio de cochero, porque me perjudica, pues me expone a la intemperie, y las sacudidas del vehículo me dañan los intestinos, que están fuera de su sitio. Desde entonces mi mal me tiene imposibilitado, no puedo guiar; con frecuencia me he extraviado por las calles de París, y las personas a quienes conducía, me indicaban el camino que debía seguir. He querido dedicarme al oficio de corredor de vinos; pero a causa de mi enfermedad no podía permanecer en las bodegas ni meter las manos en el agua. De noche lloraba frecuentemente a lágrima viva; creí que era mi enfermedad que concentraba en mi cabeza la humedad de las bodegas. Finalmente, después de diez y seis años me encuentro en la más deplorable situación por falta de medios. He vivido siempre abrigando la esperanza de curarme; pero he llegado hasta el punto de no poder sobrellevar la vida.

Burgeois había profesado a todo el cuerpo médico un odio muy vivo. Escribía algún tiempo antes del crimen: "Pobres enfermos: no os fiéis jamás de los médicos; son ignorantes, asesinos que tienen el derecho de matar a quien les parece; si váis a decirles que se equivocan, se ríen en vuestras barbas y os tratan de locos. Diez años de galeras serían poco para castigarlos. Su odio se había concentrado principalmente en Bleynie, que le había ordenado los malditos baños de río. Para semejante delito no bastaban diez años de galeras; sólo su muerte podía vengarle. Por lo demás Bourgeois se figura que ha sobrevivido a todas las tentativas de asesinato que los médicos han cometido en él; cree que tiene una influencia sobrenatural y escribe: "Es un don del cielo que no haya muerto todavía a manos de los médicos; estaba reservado para descubrir sus crímenes y castigarlos". Desde entonces nada pudo contener su mano; la muerte de Bleynie no es a sus ojos una culpable venganza; es una obra piadosa y humanitaria, un deber. Así cuando después del crimen se interroga a Burgeois, no trata de rechazar la responsabilidad; lejos de excusarse, siente haber errado el golpe, y declara que estaría presto a repetirlo si se le pusiera en libertad. Los doctores West, Ollivier, (d' Angers) y Jacquemin, consultados

por el Juez de instrucción, consignaron en su informe la irresponsabilidad de Bourgeois y la necesidad de encerrarle en un manicomio.

Por aquí se ve cómo estos individuos perseguidores hipocondríacos son demasiado peligrosos para los médicos y cirujanos. Así numerosos atentados son cometidos por esta clase de enfermos, contra los médicos. Muchos procesos se inician contra los facultativos por individuos hipocondríacos, que alegan haberlos dejado con graves lesiones después de un tratamiento. Y por estas circunstancias debieran tomarse serios cuidados con estas personas que van de consulta en consulta. Siempre insatisfechos con el profesional, lo desacreditan, calumnian, y pueden ser punto de partida de un delirio persecutorio de reivindicación, y hasta víctimas de criminales atentados. Debiera en tales casos practicarse un examen a fondo de su psiquismo para evitar tan graves consecuencias en el ejercicio de la medicina.

Gilbert Ballet cita como caso célebre de un perseguido hipocondríaco a Español Herrero que asesinó al doctor Guinard, cirujano del Hotel-Dieu. Herrero había sido tratado por este médico por una fístula del ano; la intervención operatoria no dió todos los resultados que él esperaba. Muy preocupado de esta invalidez que el cirujano tan sólo había logrado atenuar, pero no hacer desaparecer, interpretó después de varias consultas con sus amigos y aun médicos después de la operación, llegando a la conclusión de que era una víctima de la cirugía. Después de varias semanas de tener esta idea errónea como una obsesión, llegó hasta el paroxismo de la exaltación, y tomando un revólver le hizo varios disparos en el vientre al doctor Guinard cuando salía del Hotel-Dieu, habiéndolo matado. El asesinato del Profesor Pozzi fué ejecutado en circunstancias bastante parecidas.

OBSERVACIONES TRAIDAS POR KRAFFT— EBING—DELIRIO DE PERSECUCION HIPOCONDRIACA — ASESINATO DEL CONYUGE—Benedetto Galimbato, autor del crimen, tiene 23 años de edad y se halla casado desde hace dos meses. No presenta estigmas hereditarios; pero fué desde su infancia, silencioso y débil de espíritu. En su vida anterior no aparecen excesos ni enferme-

dades graves. Celebróse el matrimonio por inclinación recíproca; pero ya algunos días después de la boda pudo observarse frialdad entre los esposos. Galimbato abrumaba a su mujer a reproches y volvióse celoso y hostil respecto de ella, afirmando que ya no era virgen en el momento del matrimonio. Quejábase de malestar y aseguraba que su mujer le había matado, que era hechicera, que le había ya embrujado antes del matrimonio, así como a todos sus parientes, que la boda fué sólo una comedia de hechicería y que, gracias a semejante mujer, había perdido su virilidad. Vióse adelgazar, palidecer y demacrarse, tornóse triste y huraño, no respondiendo más que con monosílabos y desesperado de la salvación de su alma. El 20 de enero oyéronse en la morada de los cónyuges gritos y un ruido como de hachazos. Inmediatamente G. salió muy trastornado de la casa, huyendo a través de los campos. Encontróse a su esposa muerta y en un mar de sangre, horriblemente destrozada a hachazos, y junto a ella el instrumento del crimen. Al siguiente día detuvose a G. en casa de uno de sus parientes. Estaba muy nervioso, con la mirada fija, y el rostro descompuesto, y pretendía que su mujer había podrido su sangre y consumido su cuerpo, que le había embrujado robándole sus órganos genitales, y destruyendo a su familia con sus hechicerías. Por esto la mató, y también porque ella le había dicho que se preparase a morir, enseñándole un cuchillo, con que pensaba asesinarle. Asegura además haber sentido en sus partes genitales los dolores que ella le causaba con sus hechicerías.

Cuando se le mostró el hacha ensangrentada, púsose muy agitado, y dijo: "Me cortarán con ella la cabeza; estoy dispuesto". Cae después en un estado de postración en que ya no es posible obtener respuestas. Las ideas delirantes continúan; el enfermo cree que le van a matar. Alteración física considerable, constipación e insomnio.

El informe prueba que G. era desde su infancia un individuo reservado y débil de espíritu, que enfermó psíquicamente poco después del matrimonio. (Melancolía con ideas delirantes de persecución y alucinaciones). Su crimen fué el resultado de esos procesos psíquicos patológicos.

OTRA OBSERVACION DE R. VON KRAFFT. EBING — ASESINATO — DELIRIO HIPOCONDRIACO — El 2 de Junio, Juliana H.......... entra en el cuarto de Rosina Sch......... con el sobrino de esta última y halla el cadáver de Rosina decapitado y bañado en su propia sangre. José Sch.... el sobrino dice a Juliana que no mire el cuerpo, y responde a la hija de la dueña de la casa que le pregunta el motivo de su acción: "Era una bruja". Cuando se le detuvo, hallábase ocupado en frotarse la nariz y la boca con un trozo de piel que vióse más tarde era la nariz de su víctima. Realizóse el asesinato con un hacha corta, durante el sueño de Rosina. El cuerpo estaba cruelmente mutilado, y no aparecían señales de lucha. Se encontró junto al cadáver un vaso con sangre hasta la mitad y del que José había bebido. El criminal dejó en un cajón un billete con estas palabras: "Amigos míos, os ruego me perdonéis porque Rosina me persigue constantemente, como no ignoráis". El inculpado, de 24 años de edad, es hijo natural de una mujer débil de espíritu y que tenía un defecto en la lengua, defecto que se transmitió a José y a uno de sus hermanos. La inteligencia del acusado es también escasa; en el colegio, sólo consiguió difícilmente saber escribir, y a la muerte de su madre fué confiado a los cuidados de su tía (la vícitma), que le mimaba; le daba vino hasta que se emborrachaba y le permitía acostarse en el mismo lecho que las niñeras, lo que le condujo a practicar el coito desde la edad de diez años, acostándole más tarde en su propio lecho y entregándose probablemente bien pronto con él a maniobras obscenas. Su tutor lo puso sucesivamente de aprendiz en casa de cuatro zapateros, tres de los cuales le despidieron desde los primeros días porque se orinaba en la cama; tenía miedo de los aparecidos y era incapaz de aprender. Desde hacía tres meses, mostrábase José cambiado con respecto a Rosina. En noviembre de 1879 consultó a un médico sobre sensaciones desagradables que experimentaba en la cabeza y una pretendida afección de los órganos genitales, confesó el onanismo y los tratos obscenos con su tía, terminando por pedir al médico le proporcionara los medios de desembarazarse de aquella mujer a quien odiaba. Más adelante maltrató e hirió a su tía, pretendiendo que eran insoportables las re-

laciones que mediaban entre los dos, que era bruja, que olía muy mal y que por su causa no podía tener relaciones con ninguna otra mujer. Vomitaba siempre que tenía trato con ella, porque además las manos de Rosina eran coloradas, mientras las suyas son blancas. Afirma asimismo José que un verdugo que le prestó un libro de astronomía, le ha hechizado con enfermedades, aconsejándole también que cociera un huevo en su orín y le enterrara en seguida en un hormiguero. El inculpado, de corta estatura, frente estrecha y con un defecto en la lengua, confiesa en el interrogatorio haber cometido el asesinato a las nueve de la mañana. Ocurrióscle la idea después de la plegaria matinal, pensando entonces que le venía de Dios y que el asunto se arreglaría fácilmente con él. Mató a su tía porque era una hechicera con cabellos negros, como la pez, y porque no podía ya sanarse, y cuando uno no puede sanarse pierde la razón. Por eso se quiso aplicar la nariz de la víctima, que le había privado de su virilidad, y por consiguiente de la dicha suprema, el amor. Sin esa mujer odiosa, él sería rey.

INFORME.—El acusado se halla hereditariamente predispuesto a las anomalías cerebrales, y tiene una debilidad de espíritu congénita. A esto se añade la acción de los excesos sexuales prematuros. Su crimen no se debe simplemente a la venganza sino a sensaciones hipocondríacas y a ideas delirantes de persecución derivadas de aquéllas. Resulta ciertamente de motivos de odio; pero éstos son patológicos, y es el acto de un alienado que obraba impulsado directamente por sus ideas delirantes, y se hallaba, por consecuencia, ante la ley, completamente privado de razón en el momento del crimen.

Voy ahora a incluír un dictamen que rendí recientemente en un caso bastante interesante de homicidio ejecutado por un individuo de constitución paranoica y con manifestaciones hipocondríacas.

Dice así: Febrero 28 de 1938—El señor Juez Superior de Cúcuta en su auto de fecha de 28 de agosto de 1937, dice lo siguiente: "Con vista de la imposibilidad que ha habido para obtener un concepto uniforme acerca del estado mental del sindicado Elías Rodríguez Díaz, sujeto que ha sido sindicado como responsable del

asesinato en la persona de Bruno (alias "El Promesero"), hecho ocurrido en el kilómetro cinco de la carretera central de esta ciudad a la de Pamplona, el día 10 de septiembre del año pasado a eso de las ocho de la mañana, y teniendo en cuenta que en esta ciudad no es posible conseguir médicos expertos o especializados en psiquiatría y psicología criminal, este Juzgado resuelve: Comisiónase al señor Juez Séptimo de Instrucción criminal de la Policía Nacional de Bogotá para que en auxilio de la recta administración de justicia, se sirva hacer reconocer al sindicado Elías Rodríguez Díaz por los médicos psiquiatras y psicoanalistas de la Oficina Central de Medicina Legal de Bogotá, a fin de que con vista de las diferentes piezas traídas a los autos y de los dictámenes de los médicos que han intervenido en este negocio aquí en Cúcuta, den un concepto acertado sobre el estado mental del referido Rodríguez Díaz y la influencia que tal estado haya tenido en la comisión del delito que se le imputa, conforme al moderno concepto de la criminología. Deben tenerse en cuenta las declaraciones de Carlos Arias fl. 9, Ascensión Manrique fl. 10, Antonio María Blanco, fl. 110, Pedro I Galvis, fl. 22, Ramón Rivera, fl. 23, Estanislao Melo, fl. 175 v., y Ezequiel Tarazona fl. 94, que hablan de los motivos que tuvo el sindicado para quitarle la vida a Bruno N. (El Promesero), confesados por Rodríguez Díaz extrajudicialmente y que luego negó en sus indagatorias, así como la ejecución del hecho fl. 16. También servirán de información los exámenes médicos que ya se dijo le practicaron los médicos de esta ciudad, fls. 112, 119 y 122. Para el mejor cumplimiento de la comisión se le dan al señor Juez Séptimo de Instrucción de Bogotá amplias facultades y no se le fija término".

Evidentemente figuran dos dictámenes hasta cierto punto contradictorios. A los folios 112 y 113 del informativo está el concepto de los doctores Carlos Enrique Ardila Ordóñez y Miguel Roberto Galvis, quienes al final de su exposición se expresan así: "Rodríguez en los diversos exámenes a que lo sometimos se ha portado como un individuo normal, gozando de sus facultades intelectuales. Ni un solo momento encontramos en Rodríguez al alucinado que con ideas de persecución comete un crimen para defenderse de fan-

tasmas que sólo su cerebro anormal aloja. En medio de su analfabetismo Rodríguez sorprende por la regular instrucción que tiene, ya que él sabe muy bien que vive en la República de Colombia, que es muy distinta de la de Venezuela. Conoce los más notables acontecimientos de los últimos años relacionados con nuestra vida política, inclusive la muerte del Dr. Olaya Herrera, que dice lamenta mucho. Raras son las monstruosidades que Rodríguez dice. Sus contradicciones no son frecuentes y la agilidad cerebral es superior a la de cualquier otro cuidadano de igual condición social.

Por todo lo anteriormente expuesto, no nos atrevemos a sacar una conclusión sobre la culpabilidad o irresponsabilidad de Rodríguez en el crimen que cometió. ¿Cuál fué el móvil que a ello lo impulsó?. ¿Qué fenómeno psíquico se verificó en ese cerebro que hoy se revela normal para cometer el más cobarde de los crímenes cometidos en los últimos años en esta región? Nos consideramos incapaces de encontrar la solución de este enigma, y reconociendo nuestra incompetencia en este punto, a pesar de nuestro estudio detenido del sujeto y de nuestra voluntad en colaborar con las autoridades al esclarecimiento del delito, solicitamos del señor Alcalde Municipal nombre otro médico que ayude eficazmente al perfeccionamiento del sumario".

En vista de este concepto dudoso y no concluyente el señor Juez Superior nombró al médico oficial Dr. Pablo E. Casas, quien examinó al sindicado y rindió su concepto, el cual figura en los folios 119 y 120 del informativo. En la última parte de su exposición afirma lo siguiente el citado facultativo: "Rodríguez es actualmente un enajenado mental y seguramente lo estaba cuando cometió el delito. Rodríguez es un obsesionado con ideas delirantes de persecución para los individuos brujos a los que él llama mágicos por lo tanto, es un enfermo que cuadra muy bien en el grupo de los llamados perseguidos perseguidores, individuos sumamente peligrosos para los asociados. Lamento mucho tener que estar en desacuerdo en algunos puntos con el informe de mis distinguidos colegas Ardila y Galvis, no por culpa de ellos, sino porque en estos enfermos hay momentos más favorables para descubrir su anormalidad. Dicen ellos: "No hay ideas melancólicas ni de

persecución". Yo digo que sí hay ideas de persecución. Ya expuse que en varias ocasiones de nuestra charla yo le pregunté a Rodríguez cuál debía ser la suerte para estos seres, y él sin vacilar contestaba: a esta clase de gentes hay que exterminarlas, y lo haré cuantas veces encuentre uno, idea delirante de persecución hacia los brujos y mágicos. ¡Pobres brujos, al fin les llegó su fin! Dicen los peritos: "Ni en un solo momento encontramos en Rodríguez al alucinado que con ideas delirantes, etc.". Yo digo: sí tiene Rodríguez alucinaciones auditivas, porque él manifiesta que durante las noches o el día, los espíritus le hablan y lo incitan a mantener su persecución hacia los brujos. Aun cuando no lo manifiesta, debe tener alucinaciones visuales, para ver fantasmas, etc. Y por estas alucinaciones visuales se puede explicar el que le hubiera dado muerte al Promesero, individuo que tenía la costumbre de cubrirse el rostro y las manos con un trapo negro, indumentaria que lo hizo aparecer ante Rodríguez como el mismo diablo o un espíritu malo, según su creencia en la magia negra, por su idea delirante. En mi interrogatorio negó la muerte del doctor Olaya Herrera, la existencia del presidente de la República y el hundimiento de la ciudad de Bogotá. Estas ideas de negatividad son otras tantas manifestaciones de su desequilibrio mental. Señor Juez y señores del Jurado: Elías Rodríguez Díaz es un demente y por lo tanto irresponsable del asesinato del Promeseor; pero no por este hecho debe botarse a la calle a este individuo, que continuará sacrificando vidas inocentes solamente para satisfacer su delirio de persecución, porque así se lo impone su cerebro enfermo. El Estado debe recluír a este individuo en un manicomio por el resto de su vida, lo que prácticamente equivale a que no se le absuelva de su nefando crimen".

Tratándose de un caso delicado en que la justicia desea tener un concepto definitivo después de haberse emitido pericias contradictorias, hemos procedido a estudiar detenidamente las piezas más importantes del expediente, como también hemos practicado exámenes varios a la persona del sindicado para orientar nuestro criterio imparcial sobre su personalidad. Como resumen de estas investigaciones, damos nuestra opinión así:

EXAMEN SOMATICO: Elías Rodríguez Díaz es un individuo de raza blanca que por su aspecto general y estado de sus distintos sistemas, canas, arrugas, arco senil de la córnea, etc., revela tener unos sesenta años de edad. Tiene un metro con sesenta y seis centímetros de talla y 61 kilos de peso. Sus diámetros craneales son los siguientes: Diámetro antero-posterior máximo (occipito-frontal) 18— Diámetro transversal máximo (bi-mastoidiano) 14— de donde 14x100:18, da un índice craneano de 77,7, lo cual corresponde a una dolicocefalia. No se observa ninguna asimetría facial, ni deformación craneana. En la pierna izquierda hacia su tercio inferior tiene una úlcera varicosa crónica.

SISTEMA NERVIOSO.—Sus reflejos rotulares están un poco exagerados.

REFLEJOS PUPILARES: normales. REFLEJO OCULO-CARDIACO: positivo. (Al comprimirle los globos oculares bajan las pulsaciones de ochenta a sesenta). La sensibilidad es normal.

APARATO CARDIO-VASCULAR: Ruidos cardíacos normales. TENSION ARTERIAL: Máxima: 110-Mínima: 70. (Es un poco hipotenso). En los demás órganos y aparatos no se encuentra nada anormal.

ANTECEDENTES PERSONALES: Como enfermedades anteriores dice que tuvo tifoidea, viruelas, fiebre amarilla. No da antecedentes de sífilis. Sin embargo el examen de la sangre practicado en el Instituto de Higiene Samper-Martínez dio POSITIVO en las Reacciones de Wassermann (Kolmer), de Kahn y de Hinton.

No ha abusado del alcohol, aun cuando sí ha tomado guarapo, como acostumbran todos los trabajadores de las regiones tropicales. Ha tenido varias queridas y según afirma también algunos hijos naturales.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: No da ninguno de importancia.

EXAMEN PSIQUICO.—Se trata de un individuo analfabeto y que no ha tenido mayor educación. Sin embargo tiene cierta facilidad de expresión, y desde un principio se destaca una verdadera logorrea, sobre todo cuando se le indaga por su vida pasada y actividades.

Como por los datos suministrados en el último dictamen médico Rodríguez Díaz se refería en detalle a la magia, lo interrogamos sobre ese tema, e inmediatamente nos hizo una exposición, dividiéndola en magia negra y magia blanca; la negra se hace por intermedio de los espíritus malos, infernales, que ordenan y observan, pero sin penetrar en el cuerpo. Y la blanca, la cual ejerce, se practica con los espíritu buenos, los cuales sí penetran en el cuerpo y obran directamente.

Refiriéndose a los brujos y mágicos negros dice que deben ser quemados y exterminados, porque son muchos los males que producen a la humanidad. Al preguntarle de dónde le ha venido esa idea contra los brujos, y si verdaderamente él cree en esas brujerías y magias, dice lo siguiente: Hace muchos años que tuvo una querida y por varias circunstancias peleó con ella y la madre que era una bruja le hizo un maleficio, y como consecuencia de él, le metió una serpiente en el abdomen, sentía dolores intensos, no podía orinar porque se le había enroscado en los riñones, y como los médicos no lo mejoraban acudió al espiritismo (a la magia blanca), y por medio de un espíritu salvaje y con agua bendita de albahaca y romero, pudo librarse de este animal que lo torturaba. También afirma que por efecto del mismo maleficio le apareció la ulceración de la pierna que todavía tiene. Desde entonces y a consecuencia de estas ideas hipocondríacas, principió en el examinado su preocupación por los brujos y practicantes de la magia. Manifiesta tener extensos conocimientos sobre todas las materias, política. religión, medicina, etc. Dice que ha hecho curaciones asombrosas por medio de tratamientos de plantas y preparaciones que él conoce. Hace clasificaciones curiosas de las enfermedades del pulmón y de las afecciones de las mujeres. Al mismo tiempo que manifiesta estar sin un centavo, habla de sus grandes propiedades en Santander, donde tiene un ancianato para los pobres, que él sostiene; que allí se encuentran personas ya desaparecidas, hace mucho tiempo, como Vargas Santos, Núñez, etc. Que en Sogamoso tiene una inmensa ferretería que vale más de un millón de pesos. Al preguntarle sobre el actual Gobierno, afirma que el General Esparadita (nombre fantástico) le quitó el poder al presidente López.

También nos dice que estando en la cárcel en Santander, lo trataron de envenenar con solimán y estricnina, pero que se salvó gracias a sus conocimientos.

ANALISIS DEL HECHO POR QUE SE LE SINDICA.—En la declaración de Carlos Arias que figura al folio 9, se dice lo siguiente: "al dar a un puente que hay sobre las carreteras en donde hay una quebradita, al asomarme por el lado de un cañal, vi que se encontraba allí un individuo; inmediatamente nos le acercamos y vimos que mantenía una cuchilla en la mano; como nosotros le intimidáramos captura, éste hizo resistencia, tratando de atacarnos, teniendo necesidad de decirle que soltara la cuchilla porque si no le dábamos un garrotazo, pues yo tenía en la mano un palo; al decirle esto, inmediatamente soltó la cuchilla al suelo, la cual observé estaba ensangrentada; al preguntarle por qué había matado a ese hombrecito, pregunta que le hizo uno de los pasajeros que llevaba el chofer, y que estaba allí con nosotros, nos dijo que lo había matado porque era un mágico". En la declaración de Ezequiel Tarazona que aparece al folio 94 y se dice: "le dijimos que soltara la cuchilla, que había cometido un delito y que debía presentarse a la autoridad. Soltó entonces la cuchilla y yo la recogí, estaba medio ensangrentada, es decir como a medio limpiar. Lo prendimos entre dos, él se resistía a seguir, sin embargo lo sacamos a la carretera y lo subimos al carro. Le preguntamos que porqué había matado a ese infeliz, y al principio nos contestó que él no lo había matado, y al insistir nosotros que sí, dijo que porque ese hombre era muy malo que no se hacía sino media cruz con la mano izquierda". Estanislao Melo al folio 76 y dice: "cuando iba el asesino al Pinar del Río le preguntamos que por qué había matado al otro (Bruno), contestándonos que "ese hombre no se hacía la cruz completa, y que con esa clase de gente había que acabar".

Pedro León Galvis al folio 77 dice: "Agregando que el asesino nos hizo la confesión mientras lo conducíamos a Cúcuta de que había matado al otro porque era de la magia negra y que no se hacía sino media cruz".

Ramón Rivera al folio 23 dice: Al intimarle detención el agresor trató de altivársenos, pero nosotros nos armamos con piedras y al fin botó la cuchilla, la que no se veía casi ensangrentada, pues dicho hombre la había limpiado con papeles, pues tal acto lo vi yo; al capturar al sujeto le pregunté que por qué había matado a ese hombre y me respondió que a ese hombre lo mataba porque sabía la magia negra, que estaba mandando almas para el infierno y para el purgatorio".

Como se ve, no existe ningún antecedente que explicara la enemistad del sindicado con su víctima, y no aparece otro móvil que el que señala él mismo cuando recientemente ejecutado el delito le afirma a todos los que le preguntan que lo había eliminado por tratarse de un mágico, elemento nocivo, que no hacía la cruz sino a medias, que había enviado muchas personas a los infiernos. Sin embargo en la indagatoria que le fué tomada y que figura a los folios 16 y 17 del informativo, niega en absoluto todos los hechos. Y actualmente al preguntarle sobre la muerte del Promesero dice que dicho individuo está vivo y que trabaja en su casa; y que las acusaciones que se le hacen provienen de espíritus infernales a los cuales no hay que tener en cuenta; que son invenciones de la eucarística del Pinar del Río. Da como explicación de su prisión cuestiones políticas, por creer que tenía un armamento en su casa. Aparenta una completa tranquilidad porque según él no debe nada.

Por lo tanto parece que el proceso que se verificó en Rodríguez fué el siguiente: este individuo es constitucionalmente paranoico, tuvo manifestaciones hipocondríacas, que tuvieron como base la idea de un maleficio producido por una bruja, y desde entonces su mentalidad fué alterándose profundamente, hasta el punto de tener odio profundo a todo aquello que consideraba como efecto de la magia negra. Es lo más probable que en un principio aquello fuera algo abstracto y general, pero luego se presentó una verdadera psicosis reivindicatoria sistematizada, que vino a cristalizar en el desgraciado Bruno N., como pudiera haber sido cualquiera otra persona la víctima de sus reivindicaciones contra la magia y brujería. Tal vez el hecho de que este individuo se

presentara como ser misterioso por salir con la cara cubierta y las manos, silicitando limosnas a los transeuntes, sirvió para que Rodríguez interpretara todos esos raros atavíos como que eran propios de un brujo o mago, y quiso hacer escarmiento de acuerdo con su delirio persecutorio, en este sér infeliz e inofensivo.

CONCLUSIONES: 1º—Elías Rodríguez Díaz es un individuo de avanzada edad y específico. Es su constitución francamente paranoica y con tendencias hipocondríacas. 2º—Cuando le dió muerte a Bruno N. (El Promesero) obró impulsado por un estado delirante de psicosis paranoica de tipo sistematizado y reivindicacionista. 3º—Se trata de un individuo cuya anormalidad mental lo hace muy peligroso para la sociedad, y por lo tanto en nuestro concepto debe ser asilado por tiempo indefinido, con las seguridades del caso".

Es muy reciente el caso tan lamentable de Carlos Rebolledo Matamala que asesinó al ilustre Profesor Dr. Oscar Fontecilla de Chile; y que en síntesis fué el siguiente: Se trata de un individuo de 21 años de edad, soltero. Desde muy joven sufría de estados depresivos que él los atribuía a perturbaciones del plexo solar. Fué tratado por varios médicos, y en su última época por el profesor Fontecilla, quien lo sometió a un tratamiento eléctrico; tenía períodos de mejoría y épocas de agravación. Decidió matar al doctor Fontecilla porque estaba convencido que él con sus tratamientos lo había inutilizado y era el causante de su desgracia. Preparó muy consciente su delito, y un día en que concurrió a su consulta, encontrándose el profesor hablando por teléfono lo ultimó de tres disparos hechos por la espalda.

Los doctores Jaime Vidal Oltra, Volney Quiroga Arenas y Waldo Iturra Moreira de Chile, que estudiaron magistralmente el caso y rindieron informes médico-legales a las autoridades judiciales, consideran que se trataba de un individuo de constitución paranoica y en quien evolucionó un delirio crónico sistematizado de fondo netamente hipocondríaco.

Se expresan así en un importante aparte de su exposición: "En nuestro enfermo vemos nítidamente diseñadas estas características constitucionales: desde pequeño, egoísta, reconcentrado, orgu-

lloso y susceptible. La aparición de trastornos hipocondríacos, que nuestro enfermo radicaba en el plexo solar y órganos vecinos, le trajo la convicción, sistematizada y delirante, de encontrarse allí radicada la llave de su salud física y de su enorme poder intelectual. El agravamiento de sus alteraciones hipocondríacas, del cual culpa al último médico tratante, le impone la idea reivindicatoria imperativa. Nuestro enfermo expone en forma magistral, como pudiera hallarse en cualquier tratado clásico de psiquiatría, que seguramente nunca conoció, la génesis y progresión fatal de sus ideas delirantes que habían de arrastrarlo al crimen.

Por estas consideraciones clínicas llegamos a la conclusión de que nuestro examinado sufre de una enfermedad mental caracterizada por alucinaciones cenestésicas, ideas delirantes hipocondríacas, ideas persecutorias e interpretaciones delirantes, sin presentar otras alteraciones netamente intelectuales. Estos trastornos mentales han seguido una evidente progresión, constituyendo un sistema delirante sistematizado que en psiquiatría se denomina delirio crónico sistematizado, que en este caso sería un delirio con predominio de las ideas hipocondríacas. Los perseguidos hipocondríacos presentan reacciones antisociales patognomónicas: son matadores de médicos y cirujanos, cuando no intentan contra ellos querellas por perjuicios contra su salud física o mental. En la literatura médico-legal abundan desgraciadamente estos casos, siendo algunos de los más célebres el asesinato del Profesor Guinard, cirujano francés y el Profesor Pozzi en París, cometido hace pocos años; en Chile tenemos un caso semejante en el homicidio del doctor Dodds en Antofagasta, ocurrido hace tres años".

Las conclusiones son las siguientes: 1º C. R. M. es un enfermo mental. Sufre de la afección denominada en psiquiatría: "Delirio crónico sistematizado" basado en ideas hipocondríacas e interpretaciones delirantes. 2º Esta enfermedad es incurable. 3º Carlos Rebolledo es inintimidable, imperfectible y dadas sus reacciones antisociales es un individuo sumamente peligroso para la sociedad. 4º Una reacción similar a la que ha presentado es muy posible, por lo que estimamos que debe estar recluído en un establecimiento adecuado y seguro".

Este caso nos está demostrando patentemente cómo son de peligrosos estos individuos hipocondríacos, y cómo fácilmente un médico puede ser víctima de sus desviaciones mentales, cuando se ha dedicado a hacer tratamientos que con la mejor buena fe considera benéficos para sus clientes. Si en esta ocasión se hubiera tomado alguna medida de seguridad al apenas vislumbrar un delirio tan sistematizado, se habría evitado seguramente una tragedia, que produjo la pérdida de un alto exponente de la psiquiatría en Chile, como lo fué el Profesor Fontecilla.

Y es natural que el sindicado de tan grave delito debe permanecer asilado indefinidamente, puesto que es muy probable que escogiera otra víctima de sus perturbaciones cenestésicas, al encontrarse libre, y con su tendencia manifiesta a localizar cuál es la causa determinante de sus sufrimientos. No es posible que un individuo anormal tan peligroso viva en sociedad, cuando se encuentra siempre en potencia para ejecutar graves actos antisociales.

REACCIONES DE UN HIPOCONDRIACO.—Hace poco tiempo tuve ocasión de examinar a un individuo de unos sesenta y cinco años de edad, a quien tuvieron que enuclearle un ojo atrofiado y se quedó totalmente ciego por aparecerle cataratas inoperables en el ojo que le quedaba. Al conversar con este individuo, se aprecia una persona que permaneció por muchos años en el exterior del país, ejerciendo su profesión de dentista, siendo además aficionado a publicar folletos. Es culto y tiene facilidad de expresión. Al interrogatorio sobre la pérdida de su visión hace la reminiscencia de los facultativos que lo trataron, atribuyéndoles una culpabilidad criminal al no haber tenido éxito en su tratamiento. Puede decirse que desde la época en que quedó ciego, su psiquismo ha sufrido alteraciones marcadas, con tendencia manifiesta a sentirse perseguido y reivindicar ante la sociedad todos sus sufrimientos físicos y morales.

Basta leer algunos apartes de sus memoriales para convencerse de ello. Ha sido a base de ideas hipocondríacas como principió su campaña contra todos los especialistas que en una u otra época tuvieron que ver con sus ojos; él no considera que fué un caso desgraciado el de sus cataratas, sino que los médicos lo tortu-

raron conscientemente hasta querer eliminarlo. No hace la excepción en la materia; habla de la tentativa de envenenamiento que le hicieron en una clínica donde estuvo hospitalizado, y del tratamiento criminal y persecutorio que tuvo en un hospital. En varias ocasiones tuvo la idea de quitarse la vida, sobre todo cuando se convenció de que estaba ciego; lo cual demuestra un estado depresivo especial y que principiaba a evolucionar un estado de melancolía hipocondríaca. Llegó a tal estado su excitación, que escribió una hoja titulada: "CRIMENES CIENTIFICOS" dedicada especialmente a los oculistas que lo estuvieron tratando, considerándolos como causantes de su desgracia.

Como muestra de sus tendencias persecutorias transcribo el siguiente aparte de una carta que me dirigió: (escrita por una secretaria, puesto que se trata de un ciego que la dicta). Honorable doctor: Ampliando mi relato de ayer agrego que cuando publiqué "Crímenes científicos", dirigidos al Congreso algo sintió M., (se refiere a un oculista), en la conciencia, porque en su automóvil acampó bajo mi alero con dos gendarmes, diz que a capturarme. M. guardó prudencia fuera de la casa y los gendarmes penetraron hasta mi camastro y al intimarme captura por fuerza y violencia para arrancarme, yo me resistí, objetando la temeridad con que se me quería arrancar de mi camastro, puesto que no tenía pendiente nada con la autoridad.

En otra carta dice lo siguiente: "Lanzando tufos de trasnochado mosto, efluvios repugnantes y meciéndose como un bambú sobre mi camastro infecto de la Clínica el chichófilo de M-M (se refiere al oculista) felicitábame por unos versos que había publicado en México; y conste que creyéndome operado con honradez mi gratitud manifestábala enviándole proyectos para mejorar las entradas de dicha clínica".

Como se observa en este caso, predominaba la tendencia a reivindicar ante la sociedad y las autoridades las consecuencias de lo que él consideraba actuaciones delictuosas de los facultativos que lo habían tratado. Ultimamente se ha encontrado el paciente en pleno estado delirante a base de ideas hipocondríacas, y se hace menos peligroso por la sencilla razón de tratarse de un ciego, que se sa-

tisface escribiendo cartas o haciendo publicaciones que le sirven de válvula de escape de una hipocondría extrema, y que en otras circunstancias habría sido más temible en sus reacciones impulsivas obsesionantes.

DELIRIO DE REIVINDICACION — SINISTROSIS — Con el delirio de reivindicación de base hipocondríaca puede relacionarse la "sinistrosis". Bajo este nombre Brissaud describe un estado psicopático especial a los individuos que han tenido un accidente del trabajo, y consiste esencialmente en una preocupación hipocondríaca a la cual se agrega en un momento dado un delirio de reivindicación. Es en realidad común a todas las víctimas de accidentes que dan derecho a una indemnización, y las heridas o enfermedades de la guerra que dan lugar igualmente a una sinistrosis de guerra.

Tiene por este aspecto de la sinistrosis, una importancia capital en medicina legal la hipocondría, desde luego que en muchas ocasiones se investiga si las manifestaciones hipocondríacas son consecutivas o no a un traumatiso y son francamente patológicas, o si por el contrario se trata de una simulación cuando el individuo que sufre el accidente tiene interés en sostener un determinado cuadro clínico para fundamentar una posible indemnización, y otros casos pueden presentarse en que la sideas hipocondríacas no desaparezcan aun cuando se haya liquidado un pleito por accidente del trabajo, pudiendo ser reemplazadas por ideas de reivindicación, que terminan por constituír un verdadero delirio sistematizado.

NATURALEZA DE LA SINISTROSIS: Que la sinistrosis se verifica coincidiendo con el traumatismo parece desprenderse de la descripción de Brissaud. ¿Pero se tratará, como él ha sostenido, de un estado patológico autónomo, o bien la sinistrosis no representa nada más que el conjunto de los estados de espíritu que fuera de toda enfermedad mental se desarrollan en muchas víctimas de accidentes? Estado patológico especial, enfermedad auténtica, sostenía con fuerza Brissaud, no puede confundirse ni con la exageración calculada, ni con la simulación consciente. No es cierto esto para todos los casos. Estado pasional? Sí algunas veces. Mas, todos los estados pasionales son de causa patológica?

Anotaremos que, si como lo sostiene Brissaud, la sinistrosis se produjo por la idea falsa que el obrero tuvo del mecanismo de la legislación de accidentes del trabajo, lógicamente debería haber desaparecido después de tantos años de su promulgación, lo cual no ha sucedido.

Según Brissaud las perturbaciones mentales tienen el siguiente proceso: Una idea falsa puede volverse una idea fija. Nada es más banal; se persevera en el error como en la verdad sin que haya en esto prueba de una perturbación morbosa; algunas veces hay más obstinación cuanto que se encuentran más obstáculos para hacérsela aceptar a otro; y se apasiona por ella porque se cree luchar contra la injusticia. Peter no era menos ardiente que Pasteur cuando analizaba el valor de los descubrimentos de éste; y no era por esto un alienado. Mas, cómo una idea falsa puede engendrar un estado patológico?. Aquí Brissaud invoca la autoridad de Regis y cita lo siguiente: "La idea fija no es en principio otra cosa que un delirio rudimentario reducido a su más simple expresión. Ella termina generalmente por extenderse, organizarse, y por consiguiente volver al delirio propiamente dicho". Mas, existen varias formas de ideas fijas: la una pertenece a la actividad psíquica normal, la otra manifiesta el principio de un enfermedad, siendo uno de los síntomas iniciales. La primera es la del investigador, del individuo que vive con el deseo constante de alcanzar el objeto que se propone y en que todos sus pensamientos y toda su actividad se orientan en el mismo sentido; esta idea fija desaparece con el éxito o el fracaso del proyecto. La segunda es tenaz; descartada ella es pronto reemplazada por una idea fija de la misma naturaleza; los otros signos de la enfermedad cuando ella anuncia su principio se delínean bien pronto; es de esta que habla Regis.

Cuando Brissaud escribe esto: "Estas deducciones se imponen al espíritu con una tenacidad obsesionante, y por una pendiente natural, la ansiedad que caracteriza toda obsesión termina por trasformar una perturbación primitivamente intelectual en una alteración emotiva, y nada más que emotiva", no ha dicho si él considera o nó la tenacidad obsesionante y la ansiedad como procesos de naturaleza patológica, porque de ser así, el sujeto habría sido ya

un psicópata antes de que la idea haya surgido en la mente. Puede considerarse como patológico un estado que cura desde el momento en que el paciente ha tenido una satisfacción? Una obsesión morbosa no desaparece en estas condiciones. Es cierto que según Brissaud preocupación hipondríaca y reivindicación pecuniaria pueden aunque con excepción persistir después de que la sentencia judicial se haya dictado, pero se explica fácilmente; el perito puede ser engañado y considerar como temores imaginarios lo que es un real sufrimiento debido a lesiones orgánicas desconocidas, o a cicatrices viciosas de aparición reciente, o bien, segunda hipótesis, el enfermo padecía de delirio hipocondríaco o de psicosis de reivindicación antes de su accidente; en fin, tercera hipótesis, se trata de un histérico o de una persona de mala fe que sigue el método que le ha dado hasta entonces buen resultado, y todo para obtener una mejor remuneración; puede ignorar en efecto que el Juez no tenga la facultad de revisar la tasa de la indemnización fijada.

Así pues la sinistrosis comprende los siguientes casos: a) Cuando no existe ningún delirio antes del accidente y el arreglo del litigio produce la desaparición rápida de todas las perturbaciones; entonces la honorabilidad del interesado es muy sospechosa, si no se trata de un caso de histeria. b) Antes del accidente, la víctima presentaba ya preocupaciones hipocondríacas, hiperemotividad u obsesiones o aún tendencias reivindicadoras; entonces el accidente no ha hecho más que ponerlas de manifiesto, es un estado que no lo ha creado el accidente. c) El perito ha sido engañado y ha tomado por temores imaginarios lo que era un sufrimiento real debido a lesiones orgánicas que él no reconoció. Por consiguiente, no debe sorprender que el herido haya sido vehemente en sus reclamos.

El grupo a) representa la sinistrosis pura. Estos individuos en estas circunstancias son de buena fe? El problema no puede resolverse con sólo argumentos de orden médico? Cada caso debe ser estudiado en particular y sólo aplicando el método y los procedimientos del Juez de Instrucción se podrá tener una opinión. El individuo atacado de sinistrosis acoge complacido todas las sugestiones dudosas o resiste por su honorabilidad?

Para apreciar los hechos es menester conocer el valor de cada uno de estos pacientes y su grado de sugestibilidad, es decir no sólo su inteligencia sino su espíritu crítico y docilidad. Sería tan errado el afirmar sistemáticamente la buena fe de todo individuo con "sinistrosis", como suponer siempre en todos exageración consciente e interesada.

La mayor parte de los autores se han dado cuenta de ello y de aquí se explican sus aparentes contradicciones: Leri se expresa así: "El sinistrosado aparenta la simulación en ciertos momentos al menos, y no existe en su actitud fríamente resuelta un elemento de buena fe al menos relativa" y agrega, porque los hechos que él revela son extraños: "Es un verdadero delirante sistematizado, un obsesionado hipocondríaco". En cambio Claude escribe en su tratado de Neurología: Sinistrosis, término que agrupa bajo un nombre falsamente médico, toda clase de procesos de reivindicación, entre los cuales la simulación, la avidez, tienen el principal papel".

Lo mismo para Laignel-Lavastine, la sinistrosis de guerra es un estado mental especial, más bien que una enfermedad propiamente dicha, y para Rousy y Lhermithe, no es una neurosis sino un proceso psicológico.

Dupré describe así sus etapas: conmoción, emoción, sugestión, exageración, simulación, reivindicación.

De modo que el término de sinistrosis comprende estados diferentes, unos integralmente o en parte de naturaleza patológica, y otros que se refieren a individuos no todos honorables. Resumiéndolos todos bajo el nombre común de sinistrosis, se evoca sin duda las circunstancias en las cuales han tomado origen o se han revelado, pero se confunden en conjunto los enfermos, los histéricos y los individuos de mala fe.

CONSECUENCIAS PRACTICAS DEL ESTUDIO DE LAS SINISTROSIS.—Es natural que cuando se compruebe una clara simulación o exageración de un accidente, en que se pone de manifiesto una falta de honorabilidad, no debe existir indemnización, porque sería sostener una situación artificial y dar asidero a procesos o liti-

gios deshonorables. Otra cosa será cuando se comprueban lesiones patológicas suficientemente precisas.

Se expresa así Laignel-Lavastine: "Vosotros reconoceréis el delirio de reivindicación. Poco a poco, esta idea falsa de reivindicación, pasada al estado de idea fija, no solamente absorbe toda la actividad psíquica del obrero, sino que llega a quebrar los resortes de su actividad física. Y entonces aunque curado de su herida hace meses, cesa de ser una víctima del trabajo, pero queda siendo una víctima de sí mismo. He aquí la sinistrosis constituída, psicosis de ocasión y generalmente poco severa, pero psicosis funesta al trabajo, y por excepción grave en sus extremas consecuencias". En cuanto a los síntomas cerebrales que acompañan la idea de reivindicación son cuatro: "insomnio, dolor de cabeza syncipital más o menos penoso, vértigos exclusivamente subjetivos e irritabilidad de carácter". Por el contrario, los signos físicos de afección encefálica hacen siempre falta. Tal es la sinistrosis.

Bajo la inspiración de Brissaud, el Tribunal Civil del Sena declaró el 4 de enero de 1908 que la sinistrosis no daba derecho a una renta viajera. La idea de reivindicación no es en efecto una consecuencia necesaria del accidente mismo; el accidente no es sino el pretexto. La idea viene de pronto; es querida, reflexionada, meditada, y el traumatismo no la impone al herido por una fuerza ineluctable". Sin embargo, en la práctica es preferible arreglar inmediatamente el asunto, acordando al herido una renta redimible. Y esta conducta es a mi modo de ver razonable: porque si bien es cierto que sólo el accidente por sí mismo no ha determinado las perturbaciones nerviosas, porque es necesario admitir un terreno neuropático o una disposición patológica, como es la tendencia hipocondríaca, sin embargo el traumatismo por sí mismo ha sido una concausa para que se produzca el fenómeno, y por lo tanto es justa una indemnización atenuada proporcional a las consecuencias.

Fondo obsesivo y paranoico dice M. de Fleury; la sinistrosis en efecto, escribe, sería "secundaria a una conmoción-emoción y sobrevenida en un sujeto de constitución a la vez obsesiva y paranoica, es una psicosis de reivindicación reposando sobre la creencia arraigada de perjuico o daño causado". No importa, quizá la índole es-

pecifica. Ventra en Il Manicomio-número 3-1925-estudiada la anatomía clínica y patogenia de la neurosis traumática, creyendo que en el sistema neuroendocrineo y en la esfera emotiva es donde se produce el trastorno primario, en individuos predispuestos; se trataría de una psicopatía. En la entraña de cuanto queda dicho late un deseo, como dice Bonhoeffer, un deseo utilitario, económicamente útil, el deseo de indemnización. El deseo de que la ley se cumpla en beneficio propio, de que dé sus mayores rendimientos, de que la responsabilidad del tercero sea efectiva en toda su extensión; el deseo de que el accidente se trasforme en algo prácticamente útil. Después viene todo lo demás. El deseo puede originarse espontáneamente en el propio individuo o puede ser sugerido por aquellas varias circunstancias que atrás señalamos; pronta o tardíamente, a raíz del acaecimiento en el trabajo o en el curso de la situación legal deducida del siniestro. Por sí, o cimentado sobre uno o varios síntomas subjetivos, y a veces objetivos, un día surge el deseo, la idea de indemnización; pero la idea, el deseo es rechazado.

Si esta represión o rechazo se realiza en un psiquismo de la índole de los que analizamos al hablar de las esquizopsiquias, fácil, dispuesto a las escisiones, despertará, acuminará, un complejo preexistente que quizá fué motivo extra consciente de que el operario, el sujeto, no evitara el riesgo, no adoptara medidas de seguridad personal, o se hundirá en lo subconsciente, formando un nuevo complejo, bastante a fijar los síntomas aquellos en que halló motivo de formación y a producir otros nuevos, que velando, deformando la realidad, sean al par justificación incuestionable del primitivo deseo.

Es decir se repite o reproduce o se realiza aquí aquella especie de simulación subconsciente de que hicimos mención al anotar las nombradas neurosis de deseo, polarizada, orientada ahora en el sentido de obtener una indemnización económica. Fondo esquizótico, fundamental, necesario. Psiquismo fácil a las escisiones. No es el traumatismo, sino las circunstancias en que el trauma, el acontecimiento se produce que ponen en marcha la disposición; surge el deseo, y este deseo rechazado, reprimido, fija lo existente en orden a su interés y crea lo que puede y ha de favorecerle, fijándolo también

luego. Ficción de síntomas, reales ya para el propio sujeto, que perdurarán en tanto lo reprimido no se siente satisfecho. Toda la actuación de aquel deseo es ya extra consciente. El paciente está enfermo; reclama, reivindica, litiga, mejor, porque es incapaz para el trabajo, porque en su vivir ha surgido una rémora, un defecto, que le rebaja sus capacidades. El, posible, seguramente, ignora el porqué de aquellos síntomas; los padece, y reclama. No sabe que litiga porque así lo deseó en un principio; cree que litiga porque está enfermo, inválido; ignora que por el contrario está inválido para poder litigar.

Es que esta realidad se secesionó de la conciencia, y vive y actúa independiente y libre en lo extra consciente. Realidad escondida, que domina y matiza todos los actos del individuo, que constituye o forma ya una finalidad en su vida, que llega en su afán de realización hasta anular o negar sus propios fundamentos semiológicos en los momentos culminantes del litigio.

Es un deseo escondido que tiende a realizarse por la ficción de trastornos encuadrables en la ley de accidentes. Ficción, simulación, ya involuntaria, extra consciente; una vez hecha la escisión, por represión, todo cuanto sigue o acaece es extra consciente; el siniestrado simula, pero lo hace automáticamente, no para engañar, sino para realizar. Si alguna vez olvida su papel, es porque está realizando su objeto. No es un simple farsante que por el fraude patológico intenta saquear a tercero (claro que la simulación consciente, como la simple exageración son posibles y no insólitas); por el contrario, procede de buena fe; se cree enfermo y entiende ejercitar un derecho.

La forma de la escisión dará lugar a obsesión, a ansiedad, a signos objetivos de conversión, etc., según los casos. La finalidad, exclusivamente económica, conduce a actuaciones litigiosas. Es, pues, en resumen, un trastorno caracterizado por múltiples síntomas subjetivos de invalidez para el trabajo, producidos y sostenidos por la acción en un psiquismo anormal, de un deseo de indemnización, escondido, rechazado a la subconsciencia: deseo que a su vez fué originado por las circunstancias legales que hacen responsable civilmente a un tercero en los acaecimientos del trabajo. Creemos con-

siguiente sintetizar bien nuestro pensamiento nombrando el trastorno: esquizopsiquia parcial litigante".

Es por consiguiente indispensable en la práctica hacer una distinción de las formas graves y de las formas benignas de neurosis consecutivas a los accidentes del trabajo. Los peritos tienen una tendencia fatal en confundir indistintamente bajo los mismos términos: histeria, neurastenia, histero-neurastenia; neurosis traumática, siniestrosis, etc., estados patológicos que son muy diferentes en su naturaleza e intensidad.

Importa esencialmente para el perito tanto como descartar la simulación y la exageración, saber cómo la sugestión interviene en los estados neuropáticos consecutivos a los accidentes del trabajo. En la histeria traumática, en las formas medias de la neurastenia traumática independientes de las lesiones arterio-esclerosas u otras, en la sinistrosis, el elemento sugestión es el todo, y no hay solución posible sino por el arreglo definitivo del litigio y en la necesidad que tiene el herido de volver a un trabajo progresivo. Es en estos casos que la solución del pleito produce una mejoría inusitada, y que da un mentís humillante al perito que concluyó por una disminución muy importante de la capacidad obrera. Por el contrario hay casos en que la liquidación del asunto no mejora en nada, sino que por el contrario continúa su agravación. Y esto sucede cuando los fenómenos neurasténicos son debidos a lesiones arterio-esclerosas, sea que el traumatismo haya revelado estas lesiones que estaban latentes, sea que haya determinado perturbaciones neuropáticas que la arterio-esclerosis fija definitivamente. También las neurosis traumáticas acompañadas de desnutrición rápida y profunda, o de depresión psíquica grave, aproximándose a la psicosis o a las demencias traumáticas.

Aquí el daño determinado por el accidente es considerable y definitivo, una considerable indemnización se debe en justicia al obrero que es incapaz de dedicarse a ningún trabajo y a su familia que quedará en el desamparo. No puede discutirse el que se impone una fuerte indemnización en los accidentes neuropáticos consecutivos a lesiones del sistema nervioso central y en las formas graves de la neurastenia traumática. En estos casos la indemnización no puede

bajar de un 75 %, y ser hasta total en algunos casos, como en las formas demenciales. Aquí la revisión no presenta los inconvenientes de las formas benignas.

Por el contrario cuando se trata de una parálisis o de una contractura histérica o una neurastenia, en que la idea fija del accidente y de la indemnización que se va a obtener entran en juego, cuando una verdadera sinistrosis se establece, el perito no debe dudar en fijar una cifra baja de la incapacidad resultante de la herida. Sin duda debe acordarse una indemnización porque en muchos de los sinostrosados no se trata de una simulación y existe buena fe. Pero la indemnización debe ser atenuada a fin de quitar en el ánimo del lesionado la gravedad de su herida y la idea de imposibilidad para el trabajo, y de otra parte una pequeña renta, acordada por la compañía coloca al herido en la obligación de volver al trabajo, lo que representa para él su salvación.

Oppenhein en 1892, Kampell en 1893 habían aconsejado facilitar a los obreros atacados de neurosis traumática volver a su trabajo; lo mismo Remy en varias memorias.

ACCIDENTADOS DE GUERRA Y SINISTROSIS DE GUERRA.—El sindromo de Brissaud comprende dos elementos de importancia: el elemento material constituído por la lesión misma del accidente y el psicológico constituído por la explotación por el sujeto de las consecuencias legales de esta lesión. La parte respectiva de estos dos factores es generalmente en razón inversa. El análisis del elemento psicológico hace poner en evidencia: 1º—Las condiciones del herido o del enfermo de guerra en asimilación a un accidente del trabajo. Desde que existe industrialización de la guerra y por la evolución de las ideas sociales, las heridas o enfermedades de guerra se han considerado como accidentes del trabajo, y por consiguiente el saldado herido o el enfermo llegan a la convicción de tener derecho a una indemnización. 2º—Las condiciones especiales del accidentado de guerra lo distinguen de un accidentado del trabajo. La falta de escogencia de un oficio como sucede en el obrero, hace que el accidentado de guerra tenga una mayor tendencia a la reivindicación después de un accidente, al cual no se expuso voluntariamente. También la idea de una deuda mo-

ral de la nación hacia sus defensores hace que el accidentado de guerra tenga la convicción de aspirar a una indemnización moral. Contribuyen como factores de la sinistrosis de guerra, la hetero-sugestión, por boletines de hospital o por términos científicos, que evocan algo grave; por agentes inconscientes que adulan al herido convirtiéndolo a cada paso en un héroe; por elementos conscientes que por un interés personal especial hacen distintas promesas, que han de ser irrealizables. También interviene la auto-sugestión por la contemplación de las miserias e injusticias sociales.

Los síntomas de la sinistrosis de guerra son físicos y psíquicos. Como signos físicos, la extrañeza y lentitud en la evolución de los fenómenos. Como manifestaciones psíquicas en el movilizado, exageración y persistencia en las alteraciones morbosas que tocan algunas veces con la simulación. con benignidad de las reivindicaciones contenidas por la disciplina militar; y en el desmovilizado, las reivindicaciones más categóricas, pero aun contenidas por la solicitud pública para los inválidos. Después en la paz las reivindicaciones son más violentas, porque vuelve el egoísmo individual o por venganza contra los que se presume sean causantes de injusticias. En la evolución de la sinistrosis puede haber tres etapas: 1º—Pirofóbica, cuando el accidentado curable no quiere volver al frente. 2º—Reivindicadora, cuando el accidentado incurable, inválido hace el balance de sus lesiones. 3º—Etapas de rendimiento de cuentas, cuando al llegar la paz viene el cumplimiento de las promesas y de las esperanzas formuladas durante la guerra. En resumen la sinistrosis de guerra se define así: un estado mental más bien que una enfermedad propiamente dicha, producida no por el accidente de guerra, sino por sus consecuencias sociales, en particular legales, consistente esencialmente en una espera más o menos imperiosa de indemnización material y moral, y de la cual considera deudora a la patria todo ciudadano llamado a su servicio y que sufra una herida o enfermedad. Lo cual excluye todo carácter constitucional y vesánico, no confundiendo la sinistrosis de guerra con otro sindromo que se le asemeja, como es la psicosis de reivindicación.

HIPOCONDRIA EN LA PARALISIS GENERAL.—Todos los estados melancólicos, desde el más ligero hasta el más agudo, se observan en la parálisis general: depresión melancólica, melancolía aguda, melancolía ansiosa, melancolía con estupor. Estos estados melancólicos se acompañan de delirio triste con ideas de ruina, de culpabilidad, de auto-acusación, de condenación, con tendencias al suicidio y algunas alucinaciones. Pero el delirio melancólico más frecuente, más típico en la parálisis general es el delirio hiponcondríaco descrito por Baillarger en 1855. Este delirio es especial. Los enfermos creen que sus órganos se han cambiado, destruído u obstruído completamente. Ellos manifiestan no tener boca, ni dientes, ni vientre, ni ano, su garganta está obstruída, su estómago completamente lleno. Repiten constantemente: "Esto no puede pasar". Creen que sus alimentos se quedan en la piel, caen en un orificio. Dicen que no pueden abrir los ojos, la boca, no pueden tragar, defecar u orinar. Afirman que sus miembros se han cambiado, destruído o que se encuentran muertos. Este delirio hipocondríaco de obstrucción no es otra cosa que un delirio de negación; mas, es raro que las ideas de negación se extiendan afuera y se apliquen al mundo exterior como tiene lugar en el sindromo de Cotard. Aquí el enfermo niega sobre todo su existencia, su cuerpo, sus órganos, en particular sus órganos digestivos, lo cual tiene su importancia, porque permite unir el delirio a las lesiones del gran simpático.

Aquí viene los estados delirantes de transformación corporal en los cuales las personas se creen cambiadas en vidrio, madera, el delirio micromaníaco o de pequeñez, en la cual se creen pequeños, y el delirio de falso embarazo, con signos más o menos marcados de gravidez, bien sea con tendencia depresiva o expansiva. Son todas expresiones diferentes de un mismo delirio hipocondríaco, de origen cenestésico.

Según Dide y Guiraud este delirio se presenta en 15 % de los paralíticos generales. Algunas veces tienen alucinaciones del oído: "Que le irá a pasar?, será guillotinado, tiene sífilis". Los accesos de ansiedad provocan en veces una grande agitación. Al lado de las ideas hipocondríacas pueden evolucionar transitoriamente

ideas de grandeza que coexisten o se suceden. Algunos se lamentan porque tienen el cráneo lleno de billetes de banco, o que ellos mueven difícilmente sus piernas de oro; deben millones, son reyes o emperadores, pero no pueden comer por falta de estómago.

Así en una ocasión un enfermo que creía tener el cerebro y el corazón de cartón, se felicitaba porque durante un sueño se le hizo una difícil operación por la cual se le cambiaron sus órganos por otros de diamante y acero.

Precisamente el Profesor Honorio Delgado de Lima en su estudio titulado "EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA POR EL METODO DE VON MEDUNA"(SU APLICACION EN UN CASO DE PARALISIS GENERAL ESTACIONARIA, terapéutica novísima por medio del cardiazol para provocar ataques convulsivos, con el cual se ha obtenido extraordinario éxito en los esquizofrénicos cuya enfermedad no tenga una duración mayor de cuatro años, al describir el caso tratado de parálisis general, anota manifestaciones hipocondríacas del mayor interés, que se manifestaron después de haber sido tratado el enfermo con el paludismo. Se expresa así: "Por entonces se produce un cambio en su mentalidad; tiene momentos en que discurre con sensatez y la megalomanía comienza a infiltrarse de ideas hipocondríacas, de influencia y de persecución. "Hay ciertos hombres dice el 30.XI.34, que se quieren apoderar de mí para cortarme el estómago en cuatro partes. No quiero comer porque todo es un revoltijo con hipoclorito de sodio. Casi soy cadáver. Mi cabeza está hueca y los sesos malográndose, por culpa de quiénes? A ver de quiénes? Eso es lo que quiero descubrir yo...... (Horas después): Yo soy un desgraciado; por eso quiero morir. Todo el mundo me odia y está en contra mía. Los espíritus vienen con sus linternitas de marfil y me dicen que estoy muerto y que hay un maricón.... No quiero comer porque quiero morir. Si hubiera un puñal me eliminaría la vida. En mi cabeza no tengo sesos y los que hay son de muertos. Así me dicen los espíritus. El 26.II.35 se le oye monologar lo siguiente: "Yo soy O. segundo, segundón, no el primero. En mi cabeza tengo dos maletas, dos molleras. Sí, señores. Pero no soy el que fuí antes. Ahora me han cambiado de na-

turaleza. Este esqueleto, por ejemplo, no es el mío. Sí, por eso es que me llaman O. segundo, segundón. Toda mi familia se ha confabulado contra mí, y todo por qué? Por quedarse con mi cuerpo y mi esqueleto, mi mollera y mis sesos. Mañana mismo les voy a denunciar a la policía francesa para que me dejen en paz... Me quitaron mi dinero, me quitaron mis sesos, me van a quitar la vida. "Déjenme en paz". Yo no molesto a nadie. Quiere que escriba? Para qué? Para falsificar mi firma y robarme mi dinero". El 8.III.35 se le oye hablar solo en estos términos: "Mis enemigos gratuitos quieren mi espíritu, pero yo no me dejo, porque soy segundo, segundón. Ellos me comparan con un perro, me dicen que tengo la mandíbula de perro, los ojos brillantes, las orejas largas, igualitas a las de perro. Me dicen que tengo rabo, que tengo todo lo del perro. Seré pues el perro cervero que cierra las puertas del infierno. Me martirizan poniéndome inyecciones en las nalgas con agujas de lepra o de sarampión. Dicen mis enemigos gratuitos que yo soy Olav, que tengo el corazón de D. Olav, que soy un degenerado, que este cráneo no es mío, que mis manos son ajenas y mis oídos de leprosos. Así dicen mis enemigos gratuitos. Yo no sé si es verdad lo que ellos dicen, pero siento que mi cerebro se deshace a poquitos." 27.VII.35. Habla por momentos en tercera persona: "Poco a poco le están privando de sus facultades más elementales. Me dicen que no coma, que no duerma, y que no tome nada. Para librarse de las mismas iniquidades su hermano don O de A. (su otro yo) está haciendo una dieta estricta para regenerar su cuerpo degenerado por la acción de sucastres y de la brujería." Cree que un enfermero es "dueño de todo lo que existe, poseedor de inteligencia sin límites, rey del radio, jefe de las brujas, etc." y le ruega que le devuelva su "personalidad perdida" y le pide su intervención "para que las corrientes eléctricas cesen de martirizarle el cuerpo". Al preguntarle por las sensaciones mortificantes, inicia el siguiente diálogo: "Cuando comía sentía que la comida se me subía al cerebro y luego bajaba, no sé como a una especie de panza abierta y después de eso se formaba un disco de la comida". Cómo es ese disco? Ese disco era ese que deshonraba mi nombre. Decía que yo soy un Olav (apellido de sus perseguidores). Qué forma tenía ese dis-

co? El disco era comida hecha como un cilindro hueco que decía: "Yo soy el Olav, la saĩ, la m, el maricón pederasta A, el hijo de la gran p."............. Puede usted oír voluntariamente esas voces? "Nó. Involuntariamente tengo esos discos en la cabeza. He tenido hasta muñequitos de marfil". Y puede dejar de oír cuando quiera? "Nó, señor. Cuanto más no quiero, más me quieren privar de todo; me dicen que no coma, que no duerma........"Quiénes? Los Olav. "Una vez no sé qué pasó conmigo. Sentí que me cortaban el cuerpo y vi que tenía una calavera en la cara". Puede usted verse ahora la calavera?" Ya lo creo. Hacia arriba hay una cavidad y ahí un hueco del que sale un esófago de pergamino que va al bajo vientre. Además hay una cavidad acá arriba (señalándose la región temporal), y un hueso partido. Por eso yo tenía la facilidad de comunicarme, hablando despierto, con personas que están en Arequipa. Ahora la panza que tengo no es mi panza".......Y cómo fué eso que hablaron sus ojos? "Estos ojos hablaron de media pestaña y me indicaban que no debía estar en el cuarto porque me iban a envenenar" (Siente una serie de olores y sabores repugnantes). Oyó usted que le hablaron? "Ya lo creo porque la pronunciación de mis ojos es bastante clara". Y la voz de sus pies? Los pies me decían: "Queremos caminar, queremos caminar". Y las manos me hicieron comprender que mi figura representaba un doce A. "De modo que usted mismo es quien habla por sus ojos y sus manos?" Nó, señor, yo no hablo, es un segundo O. de A. que estuvo con usted en Constanza. Recuerda usted? frente a Schaffanssen".

El 4.IV.36 el paciente escribe una carta — resumen de sus ideas mórbidas dominantes entonces — a quien considera su posible salvador. De ella reproducimos la parte principal: "Su intervención en el asunto de que voy a tratar, comenzó en Arequipa: fué asesinado el señor O de A. a quien lo narcotizamos y cortaron la cabeza quitándole toda la masa encefálica: esto ocurrió posiblemente a principios de junio en que usted supo lo que iba a ocurrir cuando el asesino salió llevándose los sesos en una toalla. Ud. se los quitó. Después de esto que lo he sabido aquí, no recuerdo lo que he oído, y esto es que, a este pabellón llegó el 18 de julio de 1932 un señor O de A en compañía del señor N. N., quien lo recibió en el campo de ate-

rrizaje y en un automóvil llegaron a este pabellón; el Dr. N. N. bajó del auto y A. poco tiempo después bajó y entró por la puerta principal y se fué al jardín; al pasar vió a ambos lados del zaguán dos comedores y creyó que esto fuera un hotel. Lo alojaron en la clinoterapia y por espacio de ocho meses tuvo todo su cerebro bueno. Después notó que algo le había ocurrido; ese algo fué cuando usted al saber que en ese cuerpo había varias personas procedió usted a dar vida a esos hombres y el primero que salió fué el señor esposo de la señora X de A. (su esposa).

Entonces es que Ud hizo esa proeza de sacar trescientos hombres de tres metros y cien de dos. El señor que al llegar a este pabellón se dió cuenta de que faltaba gran parte de su propio cuerpo; algunas semanas después notó que tenía otro cuerpo, y que no era el mismo, sino otro hombre...... El señor A llegó completamente sin darse cuenta de por qué se le había traído; pero poco tiempo después comenzó a recibir la visita frecuente de la señora X, y así se vivió algún tiempo más, hasta hace poco más de un año tuvimos que guardar cama mucho tiempo sufriendo los ultrajes del L y de los individuos de la peor especie que se ocuparon de dejarlo a uno sin paladar, sin encías, sin esófago, sin estómago, sin tripas y con una panza llena de divisiones; sacando todos los días a tres personas, de los cuerpos de los cualquiera, de los nadie y de los ningunos. Felizmente todo lo que sacaba del cuerpo se lo quitaban y así se formaron 400 hombres gracias a usted señor. Este cuerpo fué el noveno y usted lo hacía para que viviera fuera, pero desgraciadamente esos malvados quisieron traer este cuerpo, poniéndole, tratando de ponerle otra cabeza buena de A, y la cabeza miró al partido y la dividió en las dos partes de que se componía; desgraciadamente estos se habían hecho las espirituosidades que fueron la Santona y la Huachona y entre las dos narcotizaron al señor A, y le sacaron los ojos, lengua, manos y pies; los ojos y la lengua han sido totalmente cambiados, y las manos y pies tienen nervios en lugar de carne y tienen bolsas que al andar o mover las manos se llena de saliva la boca por brechas o forados que han hecho alrededor del cuello; las encías han desaparecido, reemplazando a la superior con parte del paladar completamente perforado. Los pocos dientes que hay en la mandíbula infe-

rior han sido afilados y cuando la boca está cerrada llegan al comienzo de la nariz. La nariz de esta cara que vino en perfecto estado comenzaron a quitarle el hueso y reemplazarlo con el cartílago y deformar la cara y cerrar el conducto de respiración al pulmón. Nariz, mandíbulas y quijadas han destruído completamente; existiendo en toda la parte interior de la boca un sistema de láminas y alambres de cobre que funcionan todo el día y toda la noche, se respira a cualquier parte del cuerpo menos al pulmón; la respiración es algo de sucio y pegajoso que envuelve la cara y entra por las narices y los labios cortados. Este cuerpo que no tiene ni pulmón, ni garganta, dientes, paladar, esófago, laringe, estómago, tripas, riñones, hígado, no puede resistir más tiempo el sufrimiento moral y material, después de tantos meses, 18 meses. Por eso, señor, espero que usted se sirva dejarme salir definitivamente, para que después que encuentre a mis cuatro hermanos, íntimos amigos suyos, podamos recuperar nuestros cuatro cuerpos de dos metros que usted nos dió. Y entonces comenzar yo y mis hermanos a llevar la vida para la cual estamos destinados, es decir ser útiles en todos los actos de nuestra vida, que será la vida de los hombres que sólo pensamos trabajar por el prestigio de nuestra patria y por el prestigio de la América Latina''..........

Inserto esta observación que es muy ilustrativa, porque no siempre se ven manifestaciones hipocondríacas tan netas y múltiples en un paralítico general. Además, nos sirve para que veamos el interés que tienen en la siquiatría forense. Este individuo tuvo después de la paludoterapia ideas de grandeza combinadas con ideas hipocondríacas de influencia y persecución. En un principio aquello fué vago y general, porque sintiendo que se le persigue e influencia, porque habla de personas que quieren apoderase de él para cortarle el estómago, no come porque todo está mezclado con hipoclorito de sodio, es casi un cadáver, mas no precisa quién o quiénes están verificando todos esos ataques, y en medio de su desesperación desea averiguar cuáles son sus enemigos. Exclama que todo el mundo lo odia y está en contra suya, pero se observa el deseo de descubrirlos y saber de dónde viene esa constante persecución. Más tarde toma ciertas medidas defensivas, cuando quiere acudir a denunciarlos a

la policía francesa para que lo dejen en paz. Posteriormente sigue el proceso delirante persecutorio de fondo hipocondríaco, con tendencia a la sistematización, cuando señala como sus perseguidores a unos señores de apellido Olav. No sé si estas personas correspondieran a algo real, o fueran fantásticas; pero supongamos que este individuo hubiera localizado la persecución e influencia en determinada o determinadas personas, ya al atribuírles todos sus sufrimientos físicos y morales, y aun la trasformación de su personalidad, habría sido muy fácil que este perseguido dirigiera todas sus baterías contra aquellos individuos de los cuales estaba convencido que querían envenenarlo, mortificarlo, continuamente, robarlo, y llegando al paroxismo de su delirio hubiera atacado violentamente a sus perseguidores, hiriéndolos o matándolos. Estas reacciones anti sociales tendrían pues fácilmente su explicación patológica, y es claro que su capacidad penal sería nula, desde luego que el paralítico general procedía con lógica dentro de su raciocinio, pero partiendo de un fondo falso de ideas hipocondríacas de influencia y persecución. En estas condiciones es claro que el agresor no podría ir a una cárcel, por no tener responsabilidad legal ninguna, pero de acuerdo con su peligrosidad, debería ser recluído en un establecimiento de enajenados criminales, para evitar los resultados de su impulsividad, e instaurar algún tratamiento con la esperanza hoy día más probable de una remisión o curación, bien sea con la paludoterapia o con las inyecciones de cardiazol, que tuvieron tan magnífico resultado en el caso del profesor Honorio Delgado.

Pero dentro de la labor profiláctica de la sociedad está el no esperarse a que una deplorable tragedia obligue a las autoridades a aislar a un paralítico general peligroso por sus reacciones impulsivas, sino que familiares prudentes y autoridades diligentes deben acudir a los psiquiatras para que desde el principio de la enfermedad (período médico-legal de Legrand du Saulle), mediante un examen adecuado, se haga un diagnóstico, y se aconseje una medida de seguridad, para evitar impulsos criminales, aislándolo; y controlar posibles descalabros en los actos de la vida civil, siguiendo un juicio de interdicción judicial. "Cuántos desastres se pudieran evitar en la vida ordinaria, si se vislumbrara precozmente la evolución de una

parálisis general, y cuántas mayores probabilidades en el éxito de una terapéutica aplicada en su principio y dirigida por verdaderos especialistas en la materia''.

Hasta no hace muy lejanos días se consideraba la parálisis general como enfermedad absolutamente incurable, pero por los tratamientos modernos se logran muchas remisiones, en las cuales un enfermo puede volver a la sociedad en que vivía, y se presenta el problema interesante en medicina legal de que un asilado puede dejar de ser peligroso, pudiéndose ponerlo en libertad, estando bajo una vigilancia permanente; y de la misma manera puede dejar de ser interdicto si se demuestra que su capacidad civil se ha recobrado de tal suerte que puede manejar sus intereses, naturalmente estando en observación controlada por los interesados.

MELANCOLIA HIPOCONDRIACA.—Algunos melancólicos en lugar de concretar su análisis a la esfera moral, llevan su atención sobre las sensaciones más o menos extrañas que ellos experimentan en los miembros, en el vientre, en el estómago, en la cabeza, y que están en relación con perturbaciones digestivas o vaso-motores, parestesias y neuralgias periféricas o viscerales, y las atribuyen a enfermedades orgánicas, a intoxicaciones, a envenenamientos, etc. Ellos reconocen que están enfermos, pero consideran que su enfermedad es orgánica e incurable.

No se deben confundir las melancolías hipocondríacas con los hipocondríacos de depresión melancólica. Todos los hipocondríacos son más o menos deprimidos, mas no todos los melancólicos son hipocondríacos.

Son melancólicos en los cuales las preocupaciones hipocondríacas ocupan un lugar preponderante, sobrevienen en un momento dado, como una explicación de la sensación penosa que experimentan. Son consecuencia de la melancolía, no la preceden, y no son su causa. Su pronóstico es también distinto. Porque si la hipocondría es generalmente crónica, la melancolía hipocondríaca cura algunas veces.

Las ideas hipocondríacas se basan en desórdenes de la sensibilidad general y de la cenestesia. La garganta está tapada, el estómago estrecho, el intestino obturado, la vejiga replegada, etc., etc. Los

enfermos no tienen estómago, ni cerebro; son de madera; su corazón está paralizado; están muertos, no han existido. O bien son inmortales para sufrir eternamente. Y es entonces cuando se desarrolla plenamente el delirio de negación. Estas ideas de negación pueden referirse a la personalidad física; los negativistas no tienen corazón, estómago, ni cerebro; están tapados; trasformados en piedra; o pueden referirse a la personalidad psíquica, no pueden pensar, sentir, querer, etc.; otras se aplican al mundo exterior y aun a la metafísica; nada existe, todo el mundo está muerto, la realidad es un fantasma, no hay Dios. Cuando están sistematizadas constituyen el síndromo de Cotard. Secundariamente se presenta la analgesia, lo cual explica la frecuencia de las auto-mutilaciones y el suicidio.

REACCIONES ANTISOCIALES DE MELANCOLICO HIPOCONDRIÃCO.—Debido a su trasformación física y psíquica cuando se presenta el delirio de negación, como también la insensibilidad al dolor, es muy frecuente que se presente la tendencia al suicidio, porque individuos que ven diluída su personalidad, con vísceras que no desempeñan su funcionamiento normal, con un psiquismo profundamente alterado, estando en esterilidad su ideación, anuladas las tendencias que fundamentan el sentimiento y el amor, consideran que no tienen ningún papel en la vida, que sus planes para el porvenir están fracasados, y por lo tanto es su desiderátum salir de esta vida, que no ofrece para ellos ningún halago, y sí es motivo de continuas penalidades en el orden físico y moral.

La automutilación no es sino una variedad de la misma tendencia suicida. También se presenta el homicidio que ejecuta el melancólico como medio indirecto de suicidio, porque aspira a que se le quite la vida como sanción de su crimen; y entre estas reacciones la más frecuente es el infanticidio. El suicidio colectivo es una de las formas más peligrosas del melancólico hipocondríaco, porque puede extender los motivos personales que tiene para eliminarse a otras personas, sobre todo familiares, y por un falso altruísmo, mata primero a su esposa, a sus hijos, a su madre, y en seguida termina eliminándose. De aquí se deduce que estos individuos vienen a ser peligrosos no sólo para sí mismos, por las auto-mutilaciones y suicidio, sino también para los demás, desde luego que pueden come-

ter homicidios altruístas colectivos, u homicidios con miras a un suicidio indirecto. La labor profiláctica de la sociedad exige que se aislen a su debido tiempo y con las seguridades del caso.

Es también interesante para la justicia el caso que se presenta del auto-denuncio. Se origina en la idea general de incapacidad, y la auto-acusación llega en todo melancólico que tiene de suyo un estado de culpabilidad difusa y platónica, por simple interpretación; la convicción de la culpabilidad es secundaria al tormento moral; es por una inversión de la cronología ordinaria que la sensación del remordimiento produce la idea de falta. A esta culpabilidad difusa y platónica sigue la culpabilidad particular, por aumento de pequeñas faltas, interpretación calumniosa de hechos indiferentes, coincidencias desgraciadas, atribución personal de catástrofes célebres o de crímenes de actualidad.

A este particular recuerdo el caso de una mujer que se presentó ante la justicia en Bogotá, como autora de un horripilante asesinato de una muchacha, despistó a las autoridades, acudió a la reconstrucción del crimen, y estuvo a punto de ser lynchada por la multitud enardecida cuando fué llevada al reconocimiento del cadáver al anfiteatro de medicina legal. Más tarde se comprobó que la noche del crimen dicha mujer se encontraba recluída en una cárcel de mujeres por algún asunto, y mal podía haber sido la autora del hecho delictuoso del cual ella misma se acusaba. Los investigadores siguieron otra pista, y pudieron descubrir a los autores y cómplices que habían sido varias mujeres y hombres por causas pasionales. Aquí se puso de manifiesto una auto-acusación, en una mujer de fondo histérico y melancólico.

El auto-denuncio puede referirse a crímenes que no se han cometido; otras veces son reales pero no son imputables a la persona auto-acusadora; finalmente, sí se pueden atribuír al que los denuncia, pero son muy exagerados y desfigurados. Por la existencia de esta clase de auto-acusaciones, se deduce cómo no siempre la simple confesión de un hecho es plena prueba de su veracidad, puesto que puede presentarse el caso del auto-denuncio que es frecuente en muchos melancólicos e histéricos, no correspondiendo a nada real.

NEURASTENIA E HIPOCONDRIA.—Se observa que muchos neurasténicos se tornan hipocondríacos y a su turno muchos hipocondríacos presentan en el curso de su enfermedad los síntomas principales de la neurastenia. Se ve que entre unos y otros existen varios puntos de contacto y afinidad.

Así como existen hipocondríacos cuyo estado psíquico se revela por concepciones delirantes, alucinaciones insensatas y graves perturbaciones mentales; existen otros grupos en que el juicio está un poco falseado, pero su razón conserva una lucidez conveniente. Se preocupan sin cesar de su salud material, creyéndose amenazados por alguna enfermedad desconocida o fatal. La menor sensación anormal les inspira temores a los cuales no pueden sustraerse.

Están atormentados por fobias que alteran su tranquilidad y los desesperan. Y en la etapa de las preocupaciones emotivas entre las perturbaciones psíquicas que complican la neurastenia, se encuentran las obsesiones y las fobias, en particular las fobias de forma hipocondríaca; el neurasténico por razón de su debilidad nerviosa e irritabilidad de carácter puede ejecutar violencias. "En le neurastenia— dice Kraff-Ebing—se observan pensamientos homicidas frecuentes contra los parientes más próximos y más queridos. Un hecho importante bajo el punto de vista médico-legal es que hasta el presente, en ningún caso conocido, que quede en los límites de la neurastenia, el acto impulsivo no ha seguido a la idea impulsiva". Ahora bien, tanto el neurasténico como el psicasténico con ideas hipondríacas, presentan dudas fobias y aun obsesiones que conducen al crimen, y que por este aspecto interesan a la medicina legal que estudia su responsabilidad, sabiendo que su personalidad está profundamente alterada; como dice Pierre Janet, en el psicasténico existe una especial depresión mental caracterizada por un descenso de la tensión psicológica, una disminución de las funciones que permiten obrar sobre la realidad y percibir lo real, por la sustitución de operaciones inferiores y exageradas bajo la forma de dudas, de agitaciones, angustias y por ideas obsesionantes. Es interesante el caso que estudié en Bogotá bajo el punto de vista médico-legal, y en que se trataba de un industrial acomoda-

do, de unos cincuenta años de edad, de fondo psicasténico, en el cual predominaban ideas hipocondríacas, se preocupaba continuamente por perturbaciones de su salud, tenía que practicar fuertes ejercicios de gimnasia para conciliar el sueño, hacia viajes al exterior por motivos de salud, no encontraba tranquilidad en su casa; y vino a evolucionar en él una avaricia especial, que llegó a tal extremo que acusaba a su esposa de dilapidar sus caudales, derrochando su patrimonio, por exiguos auxilios que hacía a la familia de su madre que estaba en mala situación. Víctima de esta obsesión en un acto impulsivo dió muerte a su esposa con un disparo de revólver. Posteriormente el sindicado estando en la cárcel puso fin a sus días tomando una fuerte dosis de luminal. Lo cual vino a confirmar sus tendencias de melancolía hipocondríaca en el curso de una psicastenia. Es evidente que si este individuo no se suicida y es llevado a los estrados judiciales, el estudio psiquiátrico documentado que entonces elaboramos habría servido de base para descartar su culpabilidad, decretando su aislamiento en un manicomio criminal.

MELANCOLIA PRE-SENIL.—En este sindromo las perturbaciones afectivas son trascendentales; el estado cenestésico penoso es a la vez físico y moral. Los enfermos no perciben netamente el mundo exterior, que aparece como velado, no sienten afección para con sus familiares, y tienen la impresión de que ellos no son capaces de amar como lo hacían antes. Experimentan el terror continuo de una desgracia desconocida, inminente. Están ansiosos, la expresión de su fisonomía es dolorosa, hay angustia precordial, sollozos continuos, gritos. Existen ideas de auto-acusación, temores imaginarios extendidos a la familia, creen estar arruinados, van a morir de hambre, están obligados a salir desnudos, sin vestidos. Los hijos tendrán que mendigar. Habrá las consiguientes recriminaciones, acusaciones de robo, etc. Las ideas hipocondríacas son frecuentes y capitales. Puede haber un delirio de enfermedad, de disgregación, de obstrucción visceral y aun de negación. El cerebro está vacío, el estómago y el intestino están ocluídos por materias; el cuerpo está enjuto; es sólo la piel forrando los huesos. Algunos creen no tener estómago, ni corazón, o se imaginan no

existir. A las ideas de negación se agregan ideas de inmortalidad desgraciada y enormidad. (Sindromo de Cotard). Todas estas ideas delirantes son elaboradas a base de suposiciones, interpretaciones, ilusiones, y alucinaciones.

Desde el punto de vista médico-legal tiene interés la forma delirante hipocondríaca, porque se presentan ideas de ruina o de auto-acusación, en que se investiga qué fundamento pueda tener una queja en relación con las personas más cercanas a su familia, en que se les acusa de robo, estafa o que se les ha sometido a un régimen de hambre, etc.; y pudiera aclararse el asunto, al comprobar que todo aquello es fantástico, y se explica por un estado patológico delirante, y que muchas veces corresponde al principio de una demencia senil. También se estudian casos de suicidios y automutilaciones verificados en el curso de este proceso pre-senil.

ESTADOS TOXICOS E INFECCIOSOS.—En los casos de auto-intoxicación crónica por dispepsia, cáncer del estómago, etc., la perturbación mental está caracterizada por una melancolía depresiva ansiosa o consciente, con ideas predominantes de hipocondría, de ruina, de culpabilidad. de recelos, de envenenamiento, inquietud, rechazo de alimentos, tendencia al suicidio, coincidente todo con perturbaciones funcionales de las vías digestivas. Las perturbaciones psíquicas oscilan en sentido directo o inverso con las alteraciones viscerales, y pueden considerarse como equivalentes; presentándose en ocasiones crisis agudas de melancolía hipocondríaca, en relación con el fenómeno más acentuado de auto-intoxicación. Lo mismo puede presentarse en las auto-intoxicaciones de origen hepático o de origen renal; en la diabetes donde la hipocondría sigue las oscilaciones del aumento o disminución del azúcar excretada. En el alcoholismo la existencia de perturbaciones de la sensibilidad profunda lleva algunas veces hasta las auto-mutilaciones.

Naturalmente estos delirios hipocondríacos pueden ser fugaces y transitorios, y aun desaparecer una vez que la causa tóxica o infecciosa haya dejado de obrar.

Tienen importancia su estudio en psiquiatría forense desde luego que se presentan casos que deben estudiarse en concreto para explicarse posibles reacciones antisociales, que corresponden a

accesos agudos de hipocondría, coincidiendo con una auto-intoxicación intestinal o con una deficiencia hepática o renal, con la evolución de una diabetes, etc.; y es lógico pensar que si a uno de estos individuos se examina mentalmente en períodos extraños a la infección o auto-intoxicación, se encontrará normal; mas si el estudio psicológico se extiende a la época en que las causas patológicas están actuando, puede en muchas ocasiones por un diagnóstico retrospectivo, y basándose en los mismos hechos delictuosos, en el conjunto de signos clínicos, en los antecedentes, etc., precisarse un posible estado anormal, y en esa forma el perito psiquiatra con su concepto científico y fundamentado, despeja una situación que de otro modo se presenta inquietante para la sociedad y la justicia.

CONCLUSIONES

1ª—Es importante para la medicina legal conocer las distintas formas en que se manifiesta la hipocondría, desde luego que son múltiples las fases que se presentan, y en las cuales interviene el perito para prestar su contribución a la justicia.

2ª—En la psicosis alucinatoria crónica, las perturbaciones cenestésicas llevan al paciente a precisar como causantes de sus padecimientos o alteraciones viscerales a individuos extraños, que produciendo una habitual persecución, son fácilmente llevados a hechos delictuosos, que se desencadenan por impulsos fundamentados en falsas interpretaciones. Son individuos esencialmente peligrosos para la sociedad, por su tendencia a la sistematización de su delirio.

3ª—El delirio hipocondríaco se presenta con frecuencia en personas que padecen de cualquiera enfermedad o lesión; acuden a donde distintos profesionales, y en más de una ocasión viene a sistematizarse el estado delirante, siendo víctimas los mismos médicos tratantes de su tendencia reivindicatoria, bien por juicios de indemnización por supuestos perjuicios, o lo que es más delicado to-

davía, sufrir agresiones gravísimas, como las que cita la literatura médico-legal, en que figuras de relieve de la medicina han muerto a manos de sus clientes hipocondríacos.

Cuidado muy especial deben poner las autoridades judiciales al recibir memoriales de reivindicacionistas en los cuales se hace cargos a profesionales médicos; no vaya a suceder que sean producto de una hipocondría exaltada. Como también los altos funcionarios deben ponerse en prudente expectativa, en relación con ciertos memoriales o publicaciones de individuos que reclaman, y protestan por un secuestro en una clínica de enfermedades mentales o en un manicomio, porque en muchas ocasiones estas medidas de seguridad se han impuesto a hipocondríacos reivindicacionistas para evitar tragedias lamentables.

No deben ser demasiado confiados los médicos con aquellos clientes sospechosos de hipocondría, y ponerse en guardia a tiempo, porque aquellos individuos en apariencia inofensivos pueden tener latente y en evolución lenta un delirio, que los sorprende por su sistematización avanzada.

Es grave la responsabilidad en que incurre la sociedad si se dejan a estos anormales por las calles, cuando debieran recluírse indefinidamente, desde luego que reinciden en hechos similares fácil mente, según las circunstancias, ya que puede considerarse su hipocondría como enfermedad crónica e incurable.

4ª—Las sinistrosis son estados especiales que se producen en el individuo que sufre un accidente del trabajo, y se basan en ideas hipocondríacas. Es evidente que el hecho de confiar en una posible indemnización sugestiona hasta cierto punto al accidentado, y lo impulsa a prolongar una invalidez que le será conveniente para justificar sus reclamos. No hay que creer siempre en la simulación, porque puede tratarse de personas con tendencias paranoicas de reivindicación, y con ideas hipocondríacas, en las cuales un accidente las pone de manifiesto; en este caso no todo se debe a la causa traumática, pero sí en una buena proporción, y entonces la inteligencia del perito se pone en juego para evaluar una indemnización atenuada, y que puede oscilar entre un 15 % y un 25 % de reducción en su capacidad obrera. Aquellos casos muy claros de

simulación es natural que no merezcan indemnización de ninguna naturaleza. Pero no siempre el hecho de que se calme una neurosis traumática después de liquidar un juicio de indemnización indica mala fe o simulación, porque muy bien puede suceder que una solución favorable equilibre el sistema nervioso y controle las manifestaciones hipocondríacas, que se mantienen por sugestión y angustia, pendientes del resultado de un proceso que constituye el porvenir del lesionado. En estos casos es importante el no exagerar el porcentaje de la indemnización, para que el accidentado pueda volver a su trabajo, evitando la inacción al sentirse muy disminuído en sus funciones orgánicas.

Cuando persisten los signos de neurosis traumática a pesar de solucionarse un litigio, comprueba que existen lesiones graves del sistema nervioso, que permanecieron hasta cierto punto veladas, y entonces es de justicia que se determine un alto porcentaje de indemnización como un 75 % u 80 %, y en algunas ocasiones hasta fijar una incapacidad total. Son estas últimas lesiones consecutivas directamente al accidente y que deben ser apreciadas por un peritazgo imparcial y equitativo.

En la sinistrosis de guerra también debe tenerse un amplio criterio para saber armonizar los intereses del Estado con las perturbaciones del accidentado, estudiando cada caso en concreto y de acuerdo con los principios generales del trabajo y que ya estudiamos en detalle en esta exposición.

5º—El delirio hipocondríaco en el paralítico general puede evolucionar latentemente desde su período inicial, y se hace peligroso cuando trata de explicarse el paciente sus alteraciones cenestésicas por la influencia de personas extrañas. La literatura médico-legal cita casos de paralíticos con franca sistematización persecutoria, y que imponen un aislamiento profiláctico, que por una parte controla sus reacciones antisociales, evita los desastres en la vida civil antes de que se dicten las medidas de interdicción judicial, y contribuye a que se siga alguno de los tratamientos modernos que hacen su pronóstico más favorable, cuanto que se inicia más rápidamente y siempre dirigido por especialistas en la materia.

6ª—En la melancolía hipocondríaca se presenta como consecuencia de un estado delirante de negación la tendencia al suicidio y a la auto-mutilación. No son raros los casos de suicidio colectivo u homicidio altruísta, y de aquí su peligro social inminente. Resalta lo inconsulto de la publicidad de estos acontecimientos, por la sugestión y contagio que producen en terrenos predispuestos como son los hiperemotivos de fondo depresivo e hipocondríaco. También es interesante el auto-denuncio o auto-acusación, que en más de una ocasión despista a la justicia; lo cual debe tenerse en cuenta por los funcionarios judiciales, que no deben considerar siempre como una plena prueba la confesión del sindicado, porque pudiera tratarse de la auto-acusación de un melancólico hipocondríaco o de un histérico, que no corresponde a la realidad de los hechos investigados.

7ª—En el curso de una neurastenia o psicastenia se presentan angustia, fobias y aun obsesiones con base hipocondríaca, que llevan al delito con facilidad, con la circunstancia gravísima de que muchos de estos enfermos aparentan normalidad ante la sociedad, son hábiles en sus negocios, con personas extrañas revelan cultura extrema, y sin embargo existe en ellos una profunda alteración afectiva, y sus obsesiones en lo general se enfocan contra un miembro íntimo de su casa, que viene a ser la víctima de sus alteraciones cenestésicas.

Es enorme la responsabilidad que tiene el Estado y la sociedad al no tomar providencias que libren a estas personas de reacciones impulsivas que pueden terminar en acontecimientos lamentables, o que de pronto se manifiesten por notorias injusticias en el momento de otorgar un testamento, o cuando se lleva a cabo una operación ruinosa para sus intereses, porque han podido verificarse esos actos civiles con aparente lucidez mental, pero orientados por una obsesión patológica.

8ª—En la melancolía pre-senil se presentan crisis de hipocondría en las cuales un anciano quiere atribuír sus padecimientos físicos y morales a descuido o abandono de sus familiares; sobrevienen con facilidad ideas de ruina y auto-denuncio, y es claro que si en estas condiciones dispone de su bienes, comete necesariamente

graves injusticias por sus falsas interpretaciones, y obrando muchas veces por sugestión y capricho, con una voluntad en decadencia, y cuando toda su personalidad está desintegrada. Además se presentan suicidios y auto-mutilaciones explicables en un estado depresivo hipocondríaco.

9ª—En estados infecciosos o de auto-intoxicación, se manifiestan signos hipocondríacos más o menos graves y que están en relación directa con la mayor o menor intensidad del proceso infeccioso o tóxico. Es natural pensar que casi siempre son períodos transitorios hipocondríacos que coinciden con la causa infecciosa o tóxica que los originan; pueden ocasionar las mismas reacciones antisociales propias de la hipocondría y que ya dejamos relatadas en las múltiples formas en que se presenta al estudio de la medicina legal.

BIOGRAFIA

PAUL SOLLIER Y PAUL COURBON.—(Practique Semiologique des maladies mentales).

M-LAIGNEL-LAVASTINE.—(Conferences de Sympathologie Clinique).

LEGRAND DU SAULLE.—(Medicina Legal).

E-REGIS.—(Precis de Psichiatrie).

HENRI CLAUDE.—(Psichiatrie Medico-Légale).

LAIGNEL LAVASTINE.—(La Practique Psychiatrique).

COSTEDOAT-P-AGREE DU VAL-de GRACE.—(Les Nevroses Posttraumatiques'' Annales de Medecine Legale de France).

RUIZ MAYA.—(Psiquiatria Penal y Civil).

IMBERT-ODDO-CHAVERNAC.—(Guide pour l' Evaluation des Incapacités).

DIDE ET GUIRAUD.—(Psichiatrie du medecin Praticien).

DELGADO HONORIO.—(El tratamiento de la Esquizofrenia por el método de Von Meduna.—''Su aplicación en un caso de parálisis general estacionaria''. Publicado en los Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas.—Organo del Instituto de Criminología.—Vol. I, Nos 7 a 12.—Julio-Diciembre, 1937.—Quito-Ecuador).

VON KRAFFT-EBING.—(Medicina Legal).

LEVY-VALENSI.—(Psiquiatría).

BENI-BORDE.—(La Neurasthenie).

PIERRE JANET.—(Les Névroses).

DR. WALDO ITURRA MOREIRA — DR. VOLNEY QUIROGA ARENAS — DR. JAIME VIDAL OLTRA.—(''Un caso de Delirio crónico sistematizado''. Publicado en los ''Archivos Chilenos de Criminología''. Director Dr. Israel Drapkin S.—(Volumen I, 1937.—Santiago-Chile). Nº 1.

Tratamiento de la Esquizofrenia

Por el Prof. Dr. SAMUEL RAMIREZ MORENO

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Por el Prof. Dr. Samuel Ramírez Moreno

"No hay recurso terapéutico que no haya sido propuesto contra la esquizofrenia".

Mira.

Si la delimitación clínica de la noción de esquizofrenia y la etiología de este **estado de reacción psicopática** constituye actualmente uno de los problemas por resolver más complejos en psiquiatría, el tratamiento está aún carente de plan de orientación definido y de bases suficientemente sólidas, de tal modo que los métodos, principalmente por **choques**, son en gran parte empíricos; pero algunos constituyen procedimientos verdaderamente útiles y en ocasiones admirables cuando se emplea con la debida oportunidad.

El tratamiento de la esquizofrenia, demasiado extenso si tratáramos de exponerlo con todo detalle, lo vamos a resumir, pues parte de éste solamente tiene interés desde un punto de vista histórico y sería ocioso describir procedimientos que están fuera de uso. En cambio, trataremos con mayor detalle lo relacionado con los métodos de Sakel y Von Meduna, que han sido admitidos y empleados por la mayor parte de los psiquiatras actuales.

La exposición de este tema llevará el siguiente orden:

I.—Tratamiento profiláctico.

II.—Tratamiento sintomático.

III.—Internamiento.
IV.—Tratamientos pasados.
V.—Tratamientos modernos.

I.—Tratamiento profiláctico.—El problema de la profilaxia en la esquizofrenia es casi el mismo de todos los padecimientos mentales en los que intervienen, por una parte, causas de predisposición hereditaria, y por otra, factores adquiridos que actúan directamente sobre el psiquismo, originando estados psicopatológicos.

Desde este punto de vista, las reglas de la higiene mental son las más adecuadas, principalmente las que tienen por objeto atender debidamente a los hijos de padres neuróticos o enajenados dentro de métodos de educación física, alimentación adecuada, exclusión de trabajos o esfuerzos intelectuales, etc.

Los individuos que viven en un medio de influencia mental morbosa, deben ser separados de ese ambiente y colocados en otro donde puedan estar exentos de factores etiológicos que obren nocivamente sobre su psiquis.

En lo referente a los preceptos para evitar las uniones consanguíneas de psicópatas o los matrimonios de individuos enfermos de padecimientos nerviosos graves y aún el delicado asunto de la esterilización y de la castración en enajenados o tarados profundos, son cuestiones que corresponden a la eugenesia y que han sido tratadas y discutidas con suficiente amplitud.

Debemos, sin embargo, insistir en la conveniencia de aislar a los hijos de padres psicópatas, enajenados o viciosos, y colocarlos en planteles educativos donde se pueda ejercer sobre ellos la vigilancia médica adecuada, sometiéndolos a exámenes psiquiátricos de acuerdo con las orientaciones que la propia Higiene Mental señala, pues en esta forma pueden destruírse o atenuarse estados de predisposición latente que en un medio inadecuado — en condiciones higiénicas pobres y ante la lucha de esfuerzo y de trabajo por la vida, igual a la de los individuos normales — puede favorecer el desarrollo de un padecimiento esquizofrénico, especialmente en los sujetos de constitución esquizoide.

La siguiente observación, de varias semejantes que he podido recoger, en mi concepto es explicable por la influencia del medio sobre la predisposición.

Se trata de E. M., señorita de 28 años, con manifestaciones esquizofrénicas recientes: discordancia ideoafectiva, ambivalencias, autismo, ideas querellantes, alucinaciones auditivas, agresividad hacia la madre, etc., que se agrupan hacia una forma paranoide.

Esta enferma tiene antecedentes familiares de enajenados y neuróticos; su madre es persona de carácter extravagante, muy rígida y severa en la educación que ha tenido para los hijos; pero lo curioso es que una hermana suya, G. M., presentó un estado esquizofrénico hace varios años, el cual evolucionó rápidamente hasta constituírse en forma hebefrénica; durante algún tiempo estuvo internada en un sanatorio, pero deseando la madre hacerse cargo personal de ella, la recluyó en su casa, quedando la vigilancia y atención encomendadas a E. M., quien desde hace ocho años ha tenido el papel de enfermera, con una vida de absoluto retraimiento, sin tener distracciones, sometida a la rígida disciplina de la madre y sufriendo las consecuencias de la conducta anormal de la hermana: insultos, agresiones; hasta hace poco tiempo en que ha empezado a presentar el cuadro esquizofrénico que se indica.

Reflexionando sobre este caso puede decirse que, si E. M. hubiera sido separada de la hermana enferma, viviendo en otro ambiente, sometida a educación distinta y dentro de una vida de higiene mental ¿habría desarrollado la psicosis esquizofrénica que presenta? Posiblemente no, pues en el caso, sobre la predisposición hereditaria que seguramente existía, podemos pensar que ha habido factores psicológicos ambientales de influencia directa que han favorecido el desarrollo de un estado latente.

Se debe extender cada vez más, como lo pretende llevar a cabo el Departamento de Psicopedagogía de la Secretaría de Educación Pública de México, la investigación psicológica y psiquiátrica a todos los escolares, para conocer oportunamente sus taras, sus desviaciones psíquicas, sus constituciones, y tomar las medidas adecuadas y oportunas a efecto de detener un padecimiento mental que con el tiempo pudiera producirse.

Los consultorios de Higiene Mental — como en varias partes del mundo se han establecido — es indispensable que se funden en los países en donde no los haya, para que se tomen las medidas adecuadas y puedan resolverse los problemas que padres, educadores y médicos presenten, a efecto de que se les instruya sobre los métodos de Higiene Mental en el caso de los anormales, de los psicópatas, de los predispuestos, con relación a las cuestiones sociales y médicas a que dan origen, así como de todos los métodos de prevención de los padecimientos psíquicos, que sean aplicables en la práctica.

De este modo podría llevarse a cabo labor de efectiva profilaxia, no sólo en la esquizofrenia sino en muchas otras enfermedades mentales.

II.—Tratamiento sintomáticc.—Las distintas formas clínicas de esquizofrenia traen cuadros y síntomas múltiples que requieren medicaciones diversas y adecuadas, bien conocidas por los prácticos.

Contra la agitación, principalmente propia de los estados hebefrénicos y paranoides, es de uso corriente emplear la clinoterapia prolongada, los baños calientes de inmersión a 38 o 39 grados, el aislamiento en habitaciones silenciosas, la fototerapia azul o verde, o bien el empleo de sedantes nerviosos: bromuros, cloral, barbitúricos y tantos productos que en gran cantidad se lanzan cada día al mercado, algunos con más finalidad comercial que con buenos resultados terapéuticos.

En los casos de **agitación muy intensa**, se recomienda el método de la narcoterapia, que consiste en tener al enfermo durante varios días dormido, por medio de hipnóticos enérgicos, ya usando inyecciones, ya enemas, ya fórmulas diversas por vía oral. Este procedimiento, llamado también **narcosis permanente**, es útil en algunos casos y se recomienda por Kläsi, su autor, y por otros muchos psiquiatras, entre ellos Baltasar Caravedo.

Los **estados depresivos** tienen la terapéutica común de los síndromes de esta naturaleza y se emplean para ellos, estimulantes de la nutrición, excitantes del sistema nervioso, entre los que se vienen usando el clorhidrato de hematoporfirina y algunos compuestos de efedrina, fósforo, manganeso, estricnina, etc.

En los **cuadros de agotamiento y desnutrición**, el suero fisiológico y glucosado, las inyecciones de extracto hepático, pero de modo muy especial, en ciertos casos hemos tenido resultados satisfactorios con las transfusiones, inyectando 150 ó 200 c. c. de sangre cada dos o tres días, hasta completar seis a diez.

Para la **siticfobia**, tan frecuente en los catatónicos, se puede ensayar la insulina y arsénico cuando no se impone la alimentación con sonda esofagiana, introduciéndola por la nariz, para lastimar lo menos posible al enfermo. La práctica de esta alimentación es de uso corriente en todos los sanatorios psiquiátricos y siempre hay enfermeros habilísimos que la saben emplear, pues con frecuencia se requiere este recurso, en ocasiones por varios meses, para poder nutrir a los pacientes.

Las alteraciones glandulares que en elevada proporción se presentan en los enfermos, tales como insuficiencias ováricas, perturbaciones tiroideas y otros disendocrinismos, se deben combatir mediante extractos opoterápicos adecuados.

Otros recursos y medicamentos sintomáticos—pues sólo mencionamos algunos—como los anteriores, no son exclusivos de la esquizofrenia sino comunes en todas las enfermedades mentales y por lo tanto empleados dentro de la terapéutica psiquiátrica en general, por lo que no habría caso de seguir enumerando.

III.—Internamiento.— La mayor parte de los enfermos esquizofrénicos requieren su reclusión en hospitales psiquiátricos, tanto para protegerlos de los actos que puedan ejecutar contra ellos msimos —rechazo de alimentos, intentos de suicidio, automutilaciones — como contra los demás: impulsiones agresivas u homicidas, robos, delitos en propiedad privada, etc. Hay que tener presente, que estos enfermos cometen actos anormales y agresivos mucho más frecuentemente en el medio del hogar y con los propios familiares, especialmente contra los padres, que en el ambiente disciplinado y propio del hospital.

Por otra parte, es más fácil que sean sometidos a métodos de trabajo cuyos provechos son indiscutibles así como a algunas actividades gimnásticas y deportivas.

La **terapéutica ocupacional o laboroterapia** de Simon que tanto se ha extendido en los últimos años entre los enfermos mentales y que ha dado beneficios extraordinarios en muchos esquizofrénicos, sólo puede llevarse debidamente en el hospital.

El internamiento es además indispensable para realizar en forma adecuada los procedimientos de insulinoterapia y convulsionoterapia que ahora se aplican.

Las formas atenuadas del mal, o los estados de remisión o convalecencia, es posible atenderlas fuera del sanatorio, pero ha de recomendarse que el enfermo en algunos casos no esté al lado de sus propios parientes, sino bajo la vigilancia de una familia que pueda cuidarlo, para que éste sienta la impresión de vivir en el hogar, pero sin la confianza y las ligas afectivas que con sus familiares tiene ya que, según las teorías psicoanalíticas, esto da motivo a la conducta agresiva y violenta que tales enfermos presentan ante sus padres y hermanos por los **complejos incestuosos** que se ponen en acción.

IV.—Tratamientos pasados.—Hasta hace poco tiempo se habían intentado numerosísimos métodos de tratamiento, sin resultados ostensibles y como no hay propiamente una terapéutica causal, la mayor parte de dichos procedimientos se realizaban, ya desde un punto de vista puramente empírico, ya por extensión, pues en otros padecimientos mentales, algunos eran ensayados o daban resultados favorables, como la piretoterapia; pero la ineficacia de todos había creado el concepto de que la esquizofrenia casi no tenía recursos terapéuticos y en ese sentido Bleuler decía: "se ha de evitar en todo caso las curas caras que no sirven para nada. En general, no se deben sacrificar los intereses económicos y morales de una familia en un tratamiento sin esperanza".

Algunos de los métodos llaman la atención porque no tienen bases científicas para haberse empleado y sólo se disculpan por el hecho de que se ha intentado buscar tenazmente recursos que pudieran ser provechosos en este procedimiento.

Como sería imposible describir y aun siquiera enumerar los tratamientos practicados, a continuación expondré los que principalmente fueron realizados en épocas pasadas, haciendo hincapié en

aquellos que se emplearon más o en los que se cifraban esperanzas de mejoramiento o de curación.

a).—**Tratamientos glandulares.**—Cuando se sostuvo la etiología endócrina de la esquizofrenia se empezaron a emplear todos los productos opoterápicos: tiroideos, hipofisiarios, suprarrenales, etc.; pero seguramente lo que tuvo más aplicación fué el tratamiento opoterápico genital, extractos orquíticos y ováricos. Estos se han prodigado con exceso y puede decirse que aún en la actualidad son de uso corriente en los esquizofrénicos, quienes indiscutiblemente presentan perturbaciones endócrinas con mucha frecuencia; pero éstas como ya se ha señalado por varios autores, no son productoras del cuadro psicopatológico, sino éste más bien puede ser el motivo causal de aquéllas.

Se ha intentado el tratamiento con hormonas sexuales femeninas inyectadas a varones y viceversa (Beck), y aunque algunos autores optimistas señalan haber obtenido buenos resultados, la verdad es que no se han confirmado y sería muy difícil señalar las mejorías espontáneas de aquellas que pudieran ser favorecidas por estos métodos.

Ciertos autores han sido partidarios de los tratamientos mixtos, como por ejemplo, tirohipofisosuprarrenal (Mira).

Actualmente los tratamientos glandulares son de administrarse cuando hay manifestaciones de disendocrinismo, pero propiamente pueden conceptuarse como terapéutica sintomática y no de fondo o causal.

b).—**Tratamientos spicológicos.** — Durante el auge del psicoanálisis, se concibió la esperanza de que por procedimientos de esta terapia podrían curarse o mejorarse los esquizofrénicos, como en el caso de las neurosis—psicastenia e histeria—y numerosos psiquiatras se dedicaron a la tarea de intentar fuese llevado a la práctica el método (Leland, Hinsie, etc.).

También estuvieron muy de moda otros sistemas psicológicos consistentes en provocar **choques emocionales** (Schimajel, Birnbaum) y aun procedimientos de persuación, especialmente en algunas formas paranoides (Mira).

Igualmente fueron aconsejadas las curas psicagógenas por hipnotismo, y las llamadas **indirectas** modificando el medio ambiente en los pacientes; rodeándoles de distracciones, personal adiestrado, orientarlos en el trabajo, etc., las cuales en parte no han sido sino formas de la terapia ocupacional de Simon, que como ya se indicó, tan buenos resultados ha dado en la mayoría de los enfermos mentales crónicos.

Es evidente que ciertos procedimientos de la psicoterapia son útiles, pero sólo modifican algunos de los aspectos en los síntomas y en la conducta de estos pacientes, pues otros, como el propio psicoanálisis, están completamente desechados, por ser impracticables.

c).—**Tratamiento por sueño prolongado (Narcoterapia).** — Este método introducido a la terapéutica de las enfermedades mentales por Kläsi, no solamente se ha utilizado en la esquizofrenia como procedimiento sintomático, sino también como tratamiento de fondo y en este sentido ha sido muy empleado, principalmente por el profesor Mayer, en la Clínica de Burgholzi.

El método original consiste en aplicar al paciente, previamente un enema de 30 gramos de aceite de ricino y después de hacer efecto, por vía rectal, la mezcla narcótica siguiente:

Paraldehido	0.4864	grs.
Extracto de amileno	0.1593	,,
Hidrato de cloral	0.1157	,,
Alcohol de 92°	0.1747	,,
Acido isopropilalilbarbitúrico	0.0409	,,
Digaleno	0.0330	mgms.
Efedrina...	2,4600	,,

Se aplican 0.15 c. c. por kilo de peso, diluídos en diez veces su volumen en solución glucosada al 10%, cuya acidez se neutraliza con un gramo de bicarbonato de sodio.

Generalmente los dos o tres primeros días se ponen al enfermo tres o cuatro enemas de 3 a 4 c. c., y en los siguientes de 2 c. c., durante el tratamiento de ocho a doce días, según los casos.

El método no está exento de peligros, pues se cita que hay de 0.5 a 2% de mortalidad y se requiere vigilancia y cuidado especial

con los enfermos, administrándoles enemas de Morphy, suero glucosado, suero fisiológico e inyecciones de oxígeno, según las necesidades.

Baltasar Caravedo emplea principalmente el Semnifène Roche. Este autor considera ventajas del procedimiento desde el punto de vista de la exploración psicológica, pues dice que el enfermo "antes de dormir, por lo general, habla y rompe el autismo, exhibiendo sus verdaderas preocupaciones, aun en los casos en que la censura es fuerte y sólo pronuncia monosílabos, palabras inductoras que pueden señalar la pista para descubrir sus complejos".

Otros hipnóticos se han empleado con el mismo propósito, entre ellos la escopolamina con luminal, el luminal sódico, el dial, el sulfonal y la morfina-escopolamina.

El método aludito ha continuado preconizándose por los alienistas suizos, pero no con indicación exclusiva para la esquizofrenia.

d).—**Piretoterapia.**—Después de los resultados tan satisfactorios obtenidos mundialmente provocando reacciones piretógenas en los enfermos neurosifilíticos, ya empleando infecciones como el paludismo, la fiebre recurrente, el sodoku, ya mediante la inyección de substancias proteicas que ocasionan choques con hipertermia, o ya por otros medios, se empezó a extender esta terapia a la esquizofrenia, y por mucho tiempo se ha venido practicando (Menzies, Gallaud, Giehm, Mageneau, Male, D'Ormea, Pasqualini).

La piretoterapia más empleada ha sido la malárica, de la cual se citan resultados muy contradictorios, pero para algunos autores, bastante buenos, pues consideran que el método es capaz de favorecer remisiones (Belloni, Bertolini, Cebrián, Hinsie, Malquin, Mikulski, Masquin, Mazza, Umsworth, Banelli, Varenna, Urdela, Warner, Wizil).

Nosotros hemos ensayado la paludoterapia en esquizofrénicos sin resultados verdaderamente satisfactorios, pues sólo hemos observado en algunos casos ciertas mejorías, pero sintomáticas, especialmente en lo que se refiere a los estados de agitación que presentan los hebefrénicos; pero no hemos apreciado remisiones ostensibles.

La malaroterapia ha sido también empleada asociándola con inyecciones de salicilato de sodio (Brunowa).

Algunas vacunas se han usado para provocar choques piréticos, entre otras, la vacuna antitifoidea (Berkley, Joson, Vallejo Nájera, Alvarez, Nouvilas, Lourrival de Queiroz); el Dmelcos (vacuna contra el estreptobacilo de Ducrey), las vacunas antigonocóccicas, etc., etc. Podemos decir que las mismas empleadas para la neuro-lúes.

Algunas drogas químicas se han recomendado como de acción piretógena útil (Pyrifer, Phlogetan).

Pero seguramente la forma de piretoterapia que ha tenido más aceptación en la esquizofrenia ha sido la preconizada por Claude y Dublineau en 1933, quienes, después de sostener la etiología **metatuberculosa**, empezaron a tratar a dementes precoces con **piretoterapia azufrada inyecciones de sales de oro**. La técnica consiste en alternar inyecciones de aceite azufrado (de 1 a 10 c. c. al 1% con una sal de oro).

Este procedimiento tuvo feliz acogida entre los psiquiatras y empezó a extenderse rápidamente (Tusques, Broggi, Groce, Fenwick, Fournier, Izikowytz, Minsk, Nakamoto, Petroseli, Salingi, Shapiri, Imber, Kerfriri, Fribourg, Lassale).

Los resultados que algunos autores como Hybert, Stoer, Cohn, dicen haber obtenido son de llamar la atención, pues señalan el 80% de remisiones, lo que creemos sea más bien el efecto de su optimismo que el de la realidad, pues en México, a raíz de los estudios de Claude, nosotros seguimos este procedimiento, habiéndolo empleado en muchos casos y en forma intensa, sin obtener propiamente resultados, siquiera medianamente satisfactorios.

e).—**Tratamientos quirúrgicos.**—El afán de buscar métodos curativos en tan rebelde enfermedad, ha llevado a numerosos clínicos a realizar tratamientos quirúrgicos como injertos de glándulas sexuales masculinas y femeninas, respectivamente en hombres y mujeres esquizofrénicos; y en algunos casos de trasplantación de testículos se citan efectos satisfactorios (Sergierous, Kirj). Se ha empleado además la tiroidectomía (Lewison, Canowel, Winslöck), y en ciertos enfermos se ha llevado a cabo la castración (Patzl y Wagner), y la esterilización (Slotopolsky)á pero todos estos ensayos, en rigor, pueden conceptuarse como infructusos.

f).—**Otros tratamientos.** — Muchos otros tratamientos se han practicado, como por ejemplo, el de la autohemoterapia (Freytag, Davesne); la heterohemoterapia; las inyecciones de suero de enfermos convalecientes o en remisión; el tratamiento por las radiaciones mitogenéticas (Reitman); por sales de manganeso (Hoskins, Walbu), método que para algunos autores ha dado resultados contradictorios; tratamientos por sangre placentaria (Susmann, Galant); por sales de calcio; por nucleinato de sodio en dosis progresivas de 0.15 a 2 ó 3 grs. en suero fisiológico (Grimaldi); por abscesos de fijación con trementina; el tratamiento vitamínico por distintas formas de vitaminas, el de la hematoporfirina, especialmente en las formas depresivas (Notkin, Hudart y Dennes); el del dinitrofenol y el del dinitro-orto-cresol (Loony y Horkins); el de las inyecciones de sueros hipertónicos; el método de Carrol punción lumbar e inyección intrarraquídea de 1 a 3 c. c. de suero de caballo o de solución de yoduro de sodio del 1 al 25% ; el complicado procedimiento de Ashner, tan recomendado por Dereck, tratamiento combinado: dietético, masaje, ejercicios rítmicos y respiratorios, naturismo, revulsiones, derivación por diaforesis, purgantes, vomitivos, sangrías, vejigatorios, las inyecciones intravenosas de extracto de plexus coroides (Marmesas); y muchos otros que sería ya ocioso enunciar.

Como se puede apreciar, tan numerosos tratamientos revelan el poco o ningún éxito obtenido con ellos, pues a pesar de todo, hasta hace algunos años podía conceptuarse que no había procedimientos útiles para este padecimiento, ya que no existía uno verdaderamente eficaz y universalmente aceptado.

V.—Tratamientos modernos.—Numerosos psiquiatras venían empleando por rutina algunos de los métodos preconizados en otra época para el tratamiento de la esquizofrenia y además, la terapia sintomática, pues en realidad casi todos conceptuaban al padecimiento como incurable y carente de terapéutica efectiva; pero, dice Honorio Delgado, al hablar sobre los nuevos métodos: "La Psiquiatría se ha transformado fundamentalmente en los años corridos del presente siglo. La adquisición más reciente de la medicina mental que cura, es el tratamiento de la esquizofrenia por convulsiones y choques pro-

vocados respectivamente con Cardiazol e Insulina, según procedimientos diferentes de los usuales en la aplicación de estos agentes".

En efecto, los métodos de insulinoterapia y de convulsionoterapia han presentado tan satisfactorios resultados, que en la actualidad constituyen los procedimientos de elección para el tratamiento de la dolencia que nos viene ocupando, y puede decirse que no hay psiquiatra que no los esté empleando con más o menos resultados halagüeños. La literatura de estos últimos años y de estos últimos meses sobre el particular es tan abundante, que sería una tarea verdaderamente difícil tratar siquiera de resumirla.

Estamos pasando, pudiéramos decir, la misma etapa de entusiasmo y de optimismo con la esquizofrenia, como la que pasamos al emplear la piretoterapia en la parálisis general y en otras formas de neurosífilis, pues ante los hechos indiscutibles de la observación clínica, todos se lanzan por el camino del tratamiento que se impone por sus buenos efectos.

Posiblemente, los éxitos en la esquizofrenia no sean comparables a los obtenidos en la neurosífilis, pero es indiscutible que no tienen lugar a duda, pues aún los autores más escépticos y pesimistas los confirman, y las estadísticas cada vez más amplias, palpablemente los demuestran.

Estos dos procedimientos que a continuación señalaré en forma sucinta,—pues ya se pueden escribir volúmenes sobre ellos y sus resultados—son, como ya queda dicho, el tratamiento por insulina y el tratamiento por pentametilentetrazol:

a).—**Tratamiento por insulina.**—El tratamiento por insulina se debe a Manfred Sakel que desde 1930 venía trabajando en la curación de la morfinomanía mediante la administración de dosis elevadas de insulina y quien después de una serie de observaciones y ensayos, en 1934 y 1935, publicó su primer trabajo acerca del **choque insulínico o hipoglicémico en la esquizofrenia**, que había sido puesto en práctica desde 1933 en la Clínica Universitaria de Viena bajo la vigilancia de Poetzl.

El método consiste en producir diariamente, o en todo caso, cada tercer día menos los domingos, un **choque** hasta llegar al es-

tado comatoso, pero con una serie de fases de Angyal ha señalado y que son:

I.—a). Estado de excitación tipo moria, euforia; b). Desasosiego psicomotor.

II.—Efectos de transición, somnolencia, ligera hipotomía, actitud de dormir.

III.—a). Excitación piramidal incipiente, sacudidas clónicas, anomalías reflejotónicas y de la actitud; movimientos primitivos de la boca, aprehensión convulsiva; b). Sopor, movimientos espontáneos como sacudidas fasciculares y coreiformes; distribución cruzada del tono; desaparición de los movimientos primitivos de la boca; c). Calambres de torsión generalizados en una sola dirección; espasmo piramidal; crisis de temblor, desaparición de la aprehensión forzada.

IV.—Desaparición de los movimientos espontáneos; calambres de torsión disociados.

V.—Disminución del tono y de los reflejos; desaparición de los reflejos patológicos.

VI.—Coma profundo con arreflexia; perturbaciones cordiales y de la respiración de tipo bulbar; contracciones generales con predominio de los elementos de extensión. Esta última fase, según Angyal, está fuera de los límites de las posibilidades de acción terapéutica.

La técnica primitiva puede resumirse en lo siguiente:

Estando el enfermo acostado y en ayunas, aplicarle la inyección subcutánea o intramuscularmente de insulina. Las dosis varían con la **insulino-resistencia** o la **insulino-receptividad** de cada individuo. La de principio será de 20 unidades y se irán aumentando éstas de cinco a diez, hasta alcanzar un máximo de 180 y hasta 220. Por lo común, el primer como se obtiene entre las 60 y las 120 y para provocar los siguientes, se emplea la misma dosis que para el primero, salvo que ya no se produzca.

La conducta durante el tratamiento debe ser, si no hay complicaciones, dejar en estado de choque hipoglicémico al paciente por 4 ó 5 horas; suspender éste, cuando ya sea tiempo, haciéndole ingerir solución de glucosa mediante sonda nasal o aplicándole inyección hipodérmica o intravenosa de suero glucosado; darle a beber más tarde jugo de naranjas frío y con bastante azúcar; agua

fría y leche azucarada. Después, administrarle fricción de alcohol en todo el cuerpo o un baño general y pasados veinte minutos, procurar que coma suficiente, cuidando que en el alimento figuren pan, purés, dulces en miel y arroz.

Como ya se indicó, lo común es que se aplique el tratamiento todos los días de la semana menos los domingos, por un período de uno a tres meses, o lo que es igual: provocar de 30 a 80 choques.

En casos de mejoría o de curación, se aconseja consolidar los resultados continuando el tratamiento insulínico con dosis más débiles.

Los incidentes que se señalan son: el choque seco, que se caracteriza por la ausencia de transpiración; el choque severo, crisis epilépticas, colapso vasomotor, respiración de Cheyne Stokes, hipotermia abajo de 35 grados, pulso arriba de 40; taquicardia de 120 y más, circunstancias éstas que deben obligar a interrumpir el choque

Se recomienda que a los cardíacos se les administre digital durante el tratamiento.

Los accidentes más graves son los que provocan la muerte del enfermo, y aunque para algunos autores solamente representan el 1.3%, para otros son en mayor proporción.

Se vienen señalando por varios autores como Pacheco e Silva que en algunos casos en que esta terapia no provoca reacciones benéficas o cuando los pacientes tienen recaídas, suelen presentarse estados **psicopáticos post-insulínicos** con síntomas clínicos diferentes al del padecimiento primitivo.

En el cuadro siguiente (1) señalo los resultados de tratamientos recientes obtenidos por varios autores:

En los diversos estudios acerca de esta terapia y de los resultados obtenidos con ella, se tienen estadísticas bastante desiguales, pero que revelan de modo evidente, que el método por choques hipoglicémicos da gran número de remisiones, que superan en mucho a las espontáneas o a las obtenidas por procedimientos anteriores a éste.

No todos los autores coinciden acerca de las formas clínicas esquizofrénicas en las cuales se ven mejores resultados; mientras que para algunos es más eficaz en la catatonia, para otros no, pero

CUADRO I

Cuadro sintético de los resultados recientes por choque hipoglicémico con insulina, según varios autores

LATINOAMERICANOS

Autores	Número de casos	De menos de 6 meses	De más de 6 meses	Remisión clínica completa	Remisión parcial	Sin resultado	Muertes
Honorio Delgado, Valega y Gutiérrez Noriega --- --- --- --- --- --- --- ---	36	24	12	23	10	3	--
Bustos, Quesada René y Morales Antonio --- --- --- --- --- --- --- ---	23	--	--	8	1	13	1
Pacheco e Silva A. C. --- --- --- ---	104	--	--	33	48	23	--

NORTEAMERICANOS

Autores	Número de casos	De menos de 6 meses	De más de 6 meses	Remisión clínica completa	Remisión parcial	Sin resultado	Muertes
Young y Rowek --- --- --- --- --- ---	31	17	14	18	4	7	2
Wortis, Bowman, Quenseiny, Rosenbaun	30	15	15	11	8	11	--
A. E. Bennett y P. T. Cash --- --- ---	17	6	11	8	7	2	--
F. Lémere --- --- --- --- --- --- --- ---	26	9	17	12	--	14	--
D. E. Cameron y R. G. Hoskins --- ---	17	11	6	2	5	10	--
Katzenelbogen Harms y Clark --- ---	16	2	14	6	4	6	--
Rymer, Benjamín y Ebaugh --- --- ---	7	6	1	2	3	2	--
Frank Whitemore - --- --- --- --- ---	6	3	3	4	--	2	--
R. Fellows y J. Russell --- --- --- ---	6	1	5	2	4	--	--
Hospital de Hartem Velay --- --- ---	38	--	--	19	16	3	--
Hospital de Bellevue --- --- --- --- ---	30	15	15	11	10	9	--

INGLESES

Autores	Número de casos	De menos de 6 meses	De más de 6 meses	Remisión clínica completa	Remisión parcial	Sin resultado	Muertes
L. W. Russell --- --- --- --- --- --- ---	8	3	5	2	6	--	--
E. H. Larkin --- --- --- --- --- --- ---	5	--	--	1	2	2	--

ALEMANES

E. Küppers	34	3	31	8	15	11	--
Gies	58	--	--	17	12	27	2

SUIZOS

G. May	60	--	--	29	17	14	--

HOLANDESES

Van Der Scheer	18	--	--	7	6	5	--

POLACOS

M. Marzgnski y Witek	164	43	121	20	11	133	--
Boroysowics y M. Maruski	17	14	3	5	--	--	--
Bychowski, Kaczynski	17	5	12	5	8	4	--
B. Berglas	85	34	51	32	28	22	3

Varios de los autores citados señalan que el mayor número de remisiones las han obtenido en enfermos, en quienes el estado esquizofrénico ha sido en tiempo menor de seis meses de haberse iniciado, observación que coincide en la casi totalidad de los que han practicado el método.

No en todos los casos se aclaran las causas de las muertes; en algunos, se atribuye directamente al tratamiento, pero en otros a motivos distintos.

sí hay mayor unificación cuando señalan que la variedad más susceptible de reacción favorablemente a la terapia de Sakel es la paranoide.

Lemke piensa que con el encefalograma de los esquizofrénicos se puede pronosticar con seguridad el resultado de la cura con los choques hipoglicémicos, y si esto llega a comprobarse seguirá siendo un procedimiento valiosísimo en la práctica.

Los resultados en términos generales del procedimiento, son de 57 % de remisiones completas y de 18 % de remisiones parciales, en los casos que tienen menos de seis meses de duración;— y de 20 % de remisiones completas y 45 % de remisiones parciales — pero que pueden conceptuarse como remisiones sociales — en los antiguos; y aun se cita que en aquellos en que no se obtiene curación, en lo general, los enfermos revelan alguna mejoría.

Hay estadísticas interesantes sobre resultados globales de la insulinoterapia que se han llevado con la mayor escrupulosidad, como las siguientes:

M. Müller, que ha recopilado datos de varias clínicas, señala entre 64 y 80 % de remisiones en los casos agudos — hasta seis meses de duración — y entre 14 y 50 % en los antiguos, de más de seis meses de enfermedad.

En el congreso celebrado en Munich en setiembre del año de 1937 por la Sociedad de Neurólogos y Psiquiatras Alemanes, se refirió que de 962 enfermos debidamente estudiados y tratados sólo el 20 % no se benefició con el tratamiento y el 63 % tuvo magnífica remisión en el grupo de aquellos cuyo padecimiento era menos de un año.

Ederle señala el 68.5 % de remisión completa en casos de menos de un año, y 13.5 % de remisión parcial o social. En los de seis meses a dos años de enfermedad, obtiene remisión parcial en el 58 %, pero en los casos antiguos la remisión se ha observado excepcionalmente.

Este mismo autor ha comparado los resultados después de la cura insulínica con las remisiones espontáneas que observó en

147 enfermos de la clínica de Tubinga, las que sólo alcanzaron la proporción de 3 a 4 %.

Hay que señalar que el tratamiento, como ya quedó expuesto, da cierto porcentaje de muertes, por lo que, puede decirse, que es método delicado que requiere perfecto conocimiento de la técnica en su aplicación, y además, escrupuloso cuidado en cada uno de los pacientes a los que se les instituye.

Nosotros hemos podido observar complicaciones graves y síntomas alarmantes que nos han obligado a interrumpirlo en varios pacientes.

Numerosos estudios se han hecho a propósito de la acción que la insulina provoca, no sólo en el organismo en general, cuando se aplica para obtener choque hipoglicémico, sino en el sistema nervioso, ya mediante interesantes experimentaciones en animales, ya en estudios histopatológicos y químicos en enfermos muertos a consecuencia del tratamiento.

Igualmente se han analizado los síntomas que se producen por el referido choque y las manifestaciones psiquiátricas a que da lugar (Angyal, E. J. Kepler, F. P. Moersch).

La histopatología del cerebro en el hiperinsulismo experimental ha sido cuidadosamente estudiado en conejos por A. Weil, E. Liebert y G. Heilbrunn, quienes han determinado las alteraciones que se presentan en las neuronas cerebrales.

Entre los estudios más interesantes de Angyal, sin duda alguna, están los que se refieren a diversos tipos de choque insulínico y su significado neuropsicopatológico. Este autor considera que son fundamentalmente dos: el **frontopolar** y el **parietal** y en ambos señala una serie de manifestaciones sucesivas que se van presentando.

Las explicaciones que se han dado acerca del mecanismo por el cual la insulina obre produciendo remisiones completas o parciales, también son múltiples, por lo que sólo citaremos aquellas que han tenido más feliz aceptación:

Sakel, por ejemplo, dice que las células nerviosas sólo entran en acción bajo la influencia de substancias humorales excitantes. Cuando aquéllas son atacadas por causas morbosas, las impresiones

más recientes y por lo tanto las más frágiles, se suspenden y entonces las impresiones arcaicas que normalmente se encuentran reprimidas, surgen hacia el plano de la vida activa, o por el contrario, se forman nuevas impresiones patológicas.

En esta condición, la personalidad normal sucumbe con el fracaso de las estructuras recientes del **palium,** y así se crea la **personalidad morbosa.**

De acuerdo con este criterio, concibe tres posibilidades de acción de la insulina:

1ª—Realizando el **bloqueo vagotónico de la celdilla nerviosa,** lo cual significa que queda en reposo y esto le permite regenerarse y restablecer la jerarquía de sus impresiones; de tal modo, que las más recientes son las normales y éstas recobran su categoría dominante; en cambio, las arcaicas se borran y las patológicas desaparecen.

2ª—Obrando por **acción de choque sobre la célula nerviosa,** y así se destruirían los senderos patológicos por ser poco estables, para que entrasen de nuevo a predominar los fisiológicos, que se polarizarían más fácilmente en el sentido normal.

3ª—Ejerciendo una **función desintoxicante** sobre el organismo, lo que necesariamente mejoraría las funciones metabólicas y de modo especial, la glicopéxica del hígado.

Estas concepciones de Sakel han sido atacadas, principalmente la primera, contra la cual se arguye que la acción vagotónica del bloque nervioso no se ha demostrado, y además, porque de ser cierto esto, no sería necesario alcanzar la fase comato-convulsiva, ya que los efectos eutróficos de la insulina se realizan a dosis no convulsivas.

La segunda hipótesis es más aceptada por algunos autores, pues es un hecho de observación que las remisiones se manifiestan después de producirse el Choque comato-convulsivo; y la tercera acción, que se cree pueda ejercer la insulina como substancia desintoxicante, es considerada como de valor muy secundario y su explicación poco satisfactoria.

Müller piensa en los **fenómenos de reactivación endocrina** que promueve el estado de hipoglicemia y **Quaranta** en su acción sobre el complejo hepato-cerebral.

Anderson considera que el mecanismo es debido a la **sideración de los centros nerviosos** porque se detiene temporalmente el metabolismo.

Zara encuentra que durante el período hipoglicémico se atenúan las **combustiones orgánicas** y que se **modifica el equilibrio ácido-básico hacia la alcalosis**, lo cual ejerce **acción inhibidora** sobre la actividad funcional del sistema nervioso. Como hay detención de las funciones psíquicas durante el estado comatoso, se opera cierta **reactivación** de los centros nerviosos al estímulo patológico o fisiológico. También refiere que la insulina, por acción contraria a la adrenalina, **inhibe la actividad del orto-simpático**, determinando el **aumento de tono del parasimpático**, por lo que habría algún factor, hasta ahora desconocido, en la cura de la esquizofrenia (?).

Guiraud y Nodet consideran que el choque insulínico por el peligro de muerte en que se coloca el organismo, éste provocaría **reacciones vitales** favorables al suprimirse la causa del peligro.

Claude estima que la insulina obra por **modificaciones vasculares o secretorias y por cambio del medio humoral.** Tiene un carácter **revolucionario** por las acciones que ejerce pasajeramente sobre las diversas partes del sistema nervioso, pero que éstas son dinámicas y no lesionales. Se produciría un "**deblocage**" de los complejos psíquicos a favor del estado semionírico.

Por las concepciones anteriores, se puede concluír que en definitiva, no se ha llegado a una explicación suficientemente demostrada sobre los efectos del choque insulínico.

Algunos psiquiatras mexicanos han practicado con resultados satisfactorios este procedimiento, como Salazar Viniegra, quien presentó importante memoria a la Academia Nacional de Medicina.

Hay que lamentar que el método haya sido empleado en forma extensa por personas poco escrupulosas, quienes lo han preconizado para el tratamiento de gran número de enfermedades mentales y

que, como es de suponer, sin los cuidados y experiencias que esto requiere, han tenido numerosos fracasos y accidentes.

El tratamiento insulínico ha estado practicándose con entusiasmo, pues se conceptuaba como el mejor hasta hace poco, en que el método de convulsionoterapia por cardiazol, en parte lo ha venido desplazando, pero sin embargo hay autores como Pacheco e Silva que lo considera como el más eficaz, si se hace la conveniente selección de los enfermos que ha de tratarse y se aplica con las debidas precauciones, pues entonces no ofrece riesgos como él pudo comprobarlo en 104 pacientes.

b).—**TRATAMIENTO POR PENTAMETILENTETRAZOL. (CARDIAZOL).**—El tratamiento por choques convulsivos con Cardiazol, que fué introducido para la cura de la esquizofrenia por Von-Meduna, de Budapest, como es sabido tuvo por origen el discutido hecho de que la esquizofrenia y la epilepsia son antagónicas, ya que en la práctica casi no se observa su coexistencia, aunque ésta no es imposible, como lo relata Falsey en recientes observaciones; pero G. Steiner y A. Strauss, en 6.000 esquizofrénicos encontraron que sólo 20 sufrían ataques epilépticos y además, porque algunos autores, como Nyiro, Jablonskky, G. Müller y A. Strauss, observaron mejorías en esquizofrénicos que tuvieron ataques epilépticos en el curso de su mal.

Los primeros ensayos de Meduna fueron utilizando inyecciones de aceite alcanforado al 25 %, pero como esta substancia no daba los efectos deseables en todos los casos, la substituyó por el pentametilentetrazol.

Este se emplea en solución acuosa esterilizada al 20 % en inyección intravenosa aplicándose rápidamente y estando el enfermo en ayunas. Las dosis usadas han sido desde 0.30 a 1.20 grs., pero en ocasiones, la dosis óptima ha llegado a 1.50 grs.

Muy pocos autores como Mario Emilio Torsegno insisten en administrarlo intramuscularmente a grandes dosis, pues piensan que por vía intravenosa provoca serias alteraciones humorales y de los centros nerviosos; pero casi todos siguen esta vía, ya que tales perturbaciones no han sido comprobadas y además porque se produce más fácilmente el choque convulsivo.

Los casos **cardiazolorresistentes** pueden considerarse como de pronóstico desfavorable.

La frecuencia de las inyecciones debe ser de una, dos o tres por semana, según los casos — generalmente dos — pero la acción útil es cuando se provoca crisis convulsiva de tipo epiléptico. Por término medio se ponen 20 a 30 inyecciones, aunque hay pacientes que han recibido 50 y aún más.

El procedimiento, muy aparatoso, es bastante bien soportado por la mayoría de los enfermos; tiene menos peligro que la insulinoterapia, es de técnica más sencilla y además, no requiere la vigilancia y los cuidados que en el caso de choques hipoglicémicos.

De las primeras observaciones de Meduna se señaló que el 96 % de los pacientes mejoraban ostensiblemente, y este hecho tan significativo hizo que el tratamiento se extendiera mundialmente, al grado de que en la actualidad es uno de los que más se practican en las clínicas psiquiátricas y el que ha sido de mayor aceptación por los alienistas contemporáneos.

Se han hecho, como en el caso de la insulina, numerosos estudios e investigaciones acerca de los efectos de la droga; se han recogido minuciosamente los síntomas que produce; se ha tratado de explicar la acción que ejerce sobre el sistema nervioso; se han señalado técnicas diversas que día a día se modifican y también se ha extendido su empleo a otros padecimientos mentales (Bennett, Schächter, Montassut, y Lemaire, Stuchlick, Wahlman, Schömehl, Fugs, Bufe, Wuth, Vera, etc.).

Como todas estas cuestiones son bien conocidas, pues hay gran cantidad de trabajos recientes sobre ellas, ya que la mayor parte de los psiquiatras han acogido con entusiasmo la terapia por los choques convulsivos y nosotros mismos nos hemos ocupado de esto en un extenso artículo, sólo voy a señalar algunos de los aspectos más interesantes.

En algunos casos desde los primeros choques se observan mejorías, en tanto que en otros se logran hasta después de 18 a 20, y es regla general que si al alcanzar esta última cifra no se obtiene resultado favorable, es prudente suspender el tratamiento.

Los peligros son escasos, pues por ejemplo Meduna refiere que en sus numerosas observaciones no se ha encontrado alteración alguna por parte del corazón, empleando la radiología y la electrocardiología en los casos en que ha llegado a dosis elevadas y frecuentes del medicamento y la mayor parte de los autores lo consideran inofensivo, pues sólo tiene como contraindicaciones las enfermedades cardíacas orgánicas y las febriles agudas. Nosotros no hemos tenido un solo caso en que haya habido complicaciones o accidentes de importancia.

Este medicamento fué descubierto por el doctor Schmidt de Heidelberg; es un polvo blando cristalino de sabor ligeramente amargo, que funde entre 58 y 59°. En cantidades pequeñas está casi desprovisto de olor y en grandes éste es comparado al de la madera de guindo. Es muy soluble en el agua, en los líquidos orgánicos y en los lipoides. Sus soluciones tienen reacción neutra.

Por su acción farmacodinámica y fisiológica, se usa como excitador de la actividad nerviosa, como tónico circulatorio y cardíaco, pero además ejerce influencia sobre los centros vasomotores, de donde su empleo sea corriente de la práctica médica pero en dosis muy inferiores y por otras vías a las que se requieren para provocar los choques convulsivos. En efecto, para que éstos se produzcan, es necesario desde luego aplicar la droga intravenosamente y en cantidades que varían desde 3 hasta 15 c.c.

En los estudios de Meduna queda establecido que debe inyectarse rápidamente el medicamento, pues ésta es la mejor forma para que produzca su efecto; pero no obstante estos preceptos, hemos encontrado en ocasiones la misma acción, introduciendo la substancia a velocidad moderada.

El choque viene segundos después de determinarse la inyección, a veces durante el curso de su aplicación y hay casos en que el período de latencia es bastante largo, lo cual depende de la susceptibilidad individual.

El choque consiste en un ataque epiléptico con todos los síntomas característicos de éste y en el mismo orden cronológico; aura en ocasiones, pérdida de la conciencia, convulsiones tónicas — a veces precedidas de movimientos desordenados y mioclonias — con-

vulsiones clónicas, sueño profundo y además otros pequeños síntomas de cada período, como mordedura de la lengua, emisión de orina, eyaculación sin erección, estados crepusculares post-paroxísticos, etc.

Se piensa que su acción se ejerce sobre la circulación cerebral y sobre los centros autónomos encefálicos como sucede en los fenómenos que para muchos explican la patogenia de las crisis convulsivas epilépticas.

Obra sobre los centros subcorticales, pues Schoën encontró que por efecto de la extirpación de la corteza cerebral hecha en conejos, no se modificaba el carácter de las convulsiones, por lo cual concluyó que lo principal es la excitación que despierta en estos centros.

Nosotros pensábamos que actuaría fundamentalmente sobre la circulación cerebral, principalmente cortical, produciendo vasoconstricción, lo cual se traduciría en anemia cerebral, y ésta podría explicarnos, no sólo las crisis convulsivas, sino otros síntomas que se observan, tales como ausencia, automatismos, convulsiones localizadas, etc. exactamente iguales a los que se advierten en la epilepsia.

Pero debemos aceptar que su acción es más amplia y en la que entran excitaciones extrapiramidales, como ha quedado demostrado por C. Gutiérrez-Noriega, de Lima, en su interesante trabajo: "Acerca del Origen y Mecanismo de las Convulsiones Producidas por el Cardiazol en los Gatos Decerebrados", en el cual se explican los complicados y pacientes experimentos que ha realizado, primero en gatos y perros íntegros, observando que en aquéllos predomina el tono flexor y en éstos el extensor. En ambos los movimientos de natación son frecuentes, pero no constantes. Después verificó experiencias en animales sin cerebro.

Su trabajo comprende el estudio hecho en 50 gatos con ablación completa de los hemisferios y de los núcleos bacilares. De sus experimentos en los animales formó los siguientes grupos: **espinales**, con sección transversa cerebral superior; **bulbares**, con sección en la parte inferior del puente; **protuberanciales**, con sección de los pedúnculos cerebrales y a nivel del plano que los separa del

puente, y **mesencefálicas,** con pedúnculos cerebrales casi intactos y ablación de ambos hemisferios y núcleos bacilares.

Las conclusiones a que ha llegado son las siguientes:

"1.—Los **gatos espinales** no experimentan ninguna reacción, en el tronco y extremidades, a las dosis convulsivantes usuales. En estos casos la crisis epiléptica sólo se verifica en la cabeza aislada. Dosis muy elevadas que determinan efectos paralizantes en el cerebro y en el tronco encefálico, producen convulsiones tónicas moderadas de origen medular, y nunca convulsiones clónicas verdaderas ni movimiento de pataleo. Además, el cardiazol a dosis moderadas y fuertes produce intensificación de todas las funciones reflejas de la medula y en especial una intensa estimulación del centro de la erección y del centro de la eyaculación".

"2.—En los **gatos mielencefálicos,** con cerebro intacto, el cardiazol produce intensificación de la rigidez de descerebración y de los reflejos tónicos del cuello, a pequeñas dosis; a dosis más elevadas se manifiestan convulsiones tónicas y faltan las clónicas y los movimientos de pataleo y natación, y son muy raras las mioclonias".

"3.—En los **gatos metencefálicos,** con cerebro intacto, las dosis pequeñas de cardiazol intensifican rigidez de descerebración y los reflejos tónicos del cuello; las dosis mayores producen convulsiones tónicas y clónicas y sólo en muy raros casos llegan a presentarse movimientos de natación. Las mioclonias son frecuentes".

"4.—En los **gatos mesencefálicos** el cardiazol intensifica, a dosis moderadas, los reflejos de rectificación y los movimientos de natación y de ambulación; a dosis mayores produce convulsiones tónicas y clónicas seguidas de movimientos de natación. Durante la crisis convulsiva hay midriasis, horripilación y micción".

"5.—Las dosis de cardiazol necesarias para determinar efectos convulsivos son menores en los gatos mesencefálicos que en los bulbares y protuberanciales, siendo, además, más intensas las convulsiones tónicas de los primeros".

"6.—En los **animales mesencefálicos** se observa, después de las convulsiones, un breve período durante el cual desaparecen los reflejos de rectificación".

"7.—En los **animales bulbares y protuberanciales** se observa, con dosis no convulsivantes, intensificación de diversos reflejos espinales (flexor directo, extensor cruzado, extensor directo, tendinosos, testiculares, etc.). Dosis mayores producen efectos complejos".

"8.—**La epilepsia producida por el cardiazol no depende de la excitación de un solo centro, sino de la suma de diferentes reacciones parciales, que experimentalmente, por el método de las secciones del tronco encefálico del gato descerebrado, hemos conseguido disociar.** Por lo menos cabe distinguir **un factor tónico bulbar, un factor clónico protuberancial, y otro más complejo que se traduce por movimientos de natación, de origen peduncular**".

"9.—Es posible que los movimientos de natación se originen por la excitación del núcleo rojo, o bien de otro núcleo situado en la parte inferior del mesencéfalo, a nivel de los tubérculos cuadrigéminos inferiores, el que sería, con la formación reticulada gris del puente y del núcleo de Deiters, uno de los centros más enérgicamente estimulados por el cardiazol".

"10.—El impulso que produce la epilepsia se trasmite desde los centros respectivos hasta la neurona motora espinal, siguiendo las vías extrapiramidales, de lo cual resulta que aquélla es un proceso extrapiramidal".

Nosotros venimos usando el tratamiento del cardiazol desde hace tiempo y creemos que es — sin duda alguna — procedimiento bastante eficaz y en ocasiones de resultados brillantes. Nuestras primeras observaciones que fueron hechas en 14 enfermos y que ya han sido dadas a conocer minuciosamente en otro trabajo, se resumen en el siguiente cuadro (II).

De estas catorce primeras observaciones, encontramos que **siete** casos corresponden a hombres y **siete** a mujeres.

Se aplicaron en total **176** inyecciones con **138 choques convulsivos y 38 ausencias**.

Las formas clínicas fueron:

Forma heboidofrénica	1 caso
Forma Hebefrénica	8 casos

CUADRO II

Cuadro de nuestras primeras observaciones en 14 enfermos esquizofrénicos

Casos	Tiempo de la enfermedad	Forma clínica	Número de inyecciones	Choques completos	Choques incompletos	Accidentes	Resultado
1.—A. V. M. _ _ _	5 meses _ _ _	Catatónica _ _ _	20	18	2	0	Remisión completa
2.—J. I. _ _ _ _ _ _	8 meses _ _ _	Paranoide _ _ _ _	20	12	8	0	Remisión parcial
3.—L. L. O. _ _ _	12 años _ _ _ _	Hebefrénica _ _ _	20	15	5	0	Remisión parcial
4.—D. M. G. _ _ _	3 años _ _ _ _	Heboidofrénica _	10	8	2	0	Remisión completa
5.—D. F. A. _ _ _	3 años _ _ _ _	Catatónica _ _ _	20	18	2	0	Remisión parcial
6.—A. B. E. _ _ _	7 meses _ _ _	Hebefrénica _ _ _	12	12	0	0	Remisión completa
7.—M. C. C. _ _ _	5 años _ _ _ _	Hebefrénica _ _ _	14	6	8	0	Nulo
8.—E. G. S. _ _ _	8 meses _ _ _	Paranoide _ _ _	6	4	2	0	Remisión parcial
9.—I. D. de M. _ _	27 años _ _ _ _	Hebefrénica _ _ _	14	12	2	0	Nulo
10.—M. J. M. F. _ _	2 años _ _ _ _	Hebefrénica _ _ _	12	10	2	0	Remisión parcial
11.—F. R. F. _ _ _	8 meses _ _ _	Hebefrénica _ _ _	2	2	0	Luxa. max.	Remisión parcial
12.—O. E. B. _ _ _	5 años _ _ _ _	Hebefrénica _ _ _	6	5	1	0	Remisión parcial
13.—I. M. M. _ _ _	3 meses _ _ _	Paranoide _ _ _ _	12	9	3	0	Remisión parcial
14.—Z. de B. M. _ _	9 meses _ _ _	Hebefrénica _ _ _	8	7	1	0	Remisión completa

Forma catatónica	2	casos
Forma Paranoide	3	„

Con respecto a la duración encontramos lo siguiente:

Casos de menos de un año (de 3 a 9 meses)	7.
Casos de 2 a 5 años	4.
Cases de más de 5 años	3.

Los resultados obtenidos correspondieron a:

Remisión completa	4	casos
Remisión parcial	8	„
Resultados nulos	2	„

Los de remisión completa que pueden conceptuarse como de curación, fueron tres de evolución reciente — 3, 5 y 9 meses, respectivamente — y uno solo de evolución larga — 3 años.

Los ocho enfermos de remisión parcial han sido de distinto tiempo de duración de su enfermedad, desde pocos meses, hasta uno de 12 años y, por último, en los dos pacientes en los que no se han observado resultados favorables, tienen de enfermos, uno, dos años y medio, y otro, cinco años.

Las observaciones anteriores fueron recogidas hata el mes de marzo de 1938 y a la fecha de cerrar este trabajo, (diciembre 25 del mismo año) los casos de remisión completa han persistido en el mismo estado.

Las condiciones y técnicas del método que empleamos son las siguientes:

Estudio previo del enfermo que va a ser sometido al tratamiento, especialmente del corazón, tensión arterial, estado del riñón e hígado.

Estando en ayunas, se le hace orinar y después se le coloca en el suelo o en cama baja, desnudo o con un camisón y cuidado por dos ayudantes que le vigilen la cabeza y los miembros inferiores.

Se le aplica protector de goma o corcho entre los dientes, para evitarle mordeduras en la lengua o en los labios, y se inyecta la

droga en una vena del pliegue del codo con la mayor rapidez posible. Con un cronómetro se marca el tiempo que dura la puesta y la crisis convulsiva.

Se tienen a mano ampolletas de adrenalina, lobelina, cafeína, aceite alcanforado y luminal, mas podemos decir que casi nunca las hemos necesitado.

La mayor parte de los autores extranjeros señala que la dosis inicial ha de ser de 5 c. c., pero nosotros la reducimos a 3 c c., cantidad que en muchos casos puede repetirse las siguientes veces hasta que no haga efecto.

Cuando no se produce la crisis convulsiva, en la segunda vez se aumenta 1 c. c. y así sucesivamente hasta obtenerla.

En los casos en que el choque se produce completo, el enfermo suele quedar dormido después, o bien recobrar la conciencia, pasando por una serie de estados crepusculares y con alteraciones psíquicas casi siempre transitorias, entre las que hay perturbaciones de la memoria que han sido recientemente estudiadas con toda minuciosidad por el psiquiatra peruano Fernando Figari Diez Canseco.

Cuando el choque obra favorablemente, en ocasiones al recobrar la conciencia al enfermo expresa sentirse bien y con la mente muy despejada. En varios de nuestros casos esto ha sido tan notable, que nos ha llamado poderosamente la atención. El hecho ha sido también observado por varios psiquiatras, y Bennett refiere que algunos de sus pacientes al salir del choque han exclamado: "he vuelto a la vida", "me siento rejuvenecido", etc.

En cambio cuando la crisis es incompleta o no se produce, el paciente queda muy molesto, con torpeza mental y frecuentemente con angustia. Es común que los enfermos se nieguen a seguir aplicándose el método por los desagradables efectos que les ocasiona; pero aquellos que están en mejoría, o ya en perfecta normalidad mental, convencidos de su eficacia, se resignan aceptarlo por el interés de consolidar su curación.

A continuación refiero en el cuadro siguiente (III) el resumen, hasta la fecha de hacer este trabajo, de 44 observaciones en enfermos esquizofrénicos tratados por este método:

CUADRO III

Cuadro sintético de nuestras observaciones hasta el 25 de diciembre de 1938

Casos	Diagnóstico	Tiempo de evolución	Número de inyecciones	Ataques convulsivos	Accidentes	Resultado y observaciones
1—A. B. S.- - -	Hebefrenia - - - -	4 meses - - -	20	18	0	Remisión completa
2—G. M. S. - -	Hebefrenia - - - -	5 años - - - -	14	9	0	Sin mejoría
3—G. M. C. - - -	Paranoide - - - -	8 meses - - -	6	4	0	Sin mejoría. Observación incompleta
4—M. I. - - - - -	Paranoide - - - -	4 años - - - -	13	11	0	Sin mejoría
5—Z. de B. - -	Catatónica - - - -	8 meses - - -	20	18	0	Remisión completa
6—V. A. - - - - -	Catatónico - - - -	3 meses - - -	30	23	0	Remisión completa. Recaída posterior.
7—M. F. I. - - -	Hebefrénico - - -	3 años - - - -	40	28	0	Remisión parcial periódica.
8—D. M. G. - - -	Heboidofrenia - -	2 años - - - -	20	18	0	Remisión completa.
9—L. O. L. - - -	Hebefrenia - - - -	8 años - - - -	20	16	0	Remisión completa al principio. Recaída parcial
10—I. J. - - - - - -	Hebefrenia - - - -	2 años - - - -	20	14	0	Remisión parcial
11—F. de la A.- -	*Hebefrenia - - - -*	*3 años - - - -*	*20*	*19*	*0*	*Remisión completa*
12—C. A. F. - - -	P. M. D. con fondo esquizofrénico	Segunda recaída, 3 meses- -	7	0	0	Sin mejoría.
13—E. O. - - - - -	Hebefrenia - - - -	3 años - - - -	6	5	0	Sin mejoría.
14—R. I. F. - - -	Hebefrenia - - - -	1 año- - - - -	4	2	Luxa. max. inf.	Ninguna mejoría. Observación incompleta
15—M. M. O. - -	Hebefrenia - - - -	5 meses - - -	15	8	0	Remisión completa
16—A. H. - - - - -	Hebefrenia - - - -	7 meses - - -	6	4	0	Sin modificación. Observación incompleta
17—M. M. C. - - -	Paranoide - - - -	8 años - - - -	10	8	0	Sin modificación
18—P. G. - - - - -	Paranoide - - - -	2 años - - - -	15	8	0	Sin modificación
19—H. A. - - - - -	Paranoide - - - -	18 meses - - -	40	38	0	Remisión parcial, recaídas periódicas.
20—M. O. - - - - -	Confusión esquizofreniforme - - -	5 meses - - -	16	11	0	Remisión completa
21—D. G. - - - - -	Hebefrenia - - - -	Segunda recaída, 5 meses- -	13	7	0	Remisión completa
22—S. A. - - - - -	Hebefrenia - - - -	8 meses - - -	10	4	0	Remisión parcial. Observación incompleta
23—O. G. - - - - -	Hebefrenia - - - -	3 años - - - -	18	17	0	Remisión parcial
24—P. M. - - - -	Hebefrenia - - - -	3 años - - - -	22	14	0	Sin mejoría

25—B. R. I.	Paranoide	7 años	20	16	0	Sin mejoría
26—G. G. S.	Paranoide	Segunda recaída, 6 meses	30	28	0	Remisión parcial. Recaídas periódicas
27—I. H. P.	Hebefrenia	6 meses	30	29	0	Remisión completa
28—H. A. R.	Hebefrenia	2 años	21	12	0	Sin modificación
29—M. S.	Paranoide	6 meses	20	18	Luxa. max. inf.	Remisión completa
30—F. N.	Catatónica	6 meses	18	16	0	Remisión completa. Recaída
31—P. I.	Paranoide	8 meses	11	10	0	Remisión completa. Suspensión tratamiento porque padecía hernia antigua
32—M. G.	Hebefrenia	8 meses	6	6	0	Sin mejoría. Observación incompleta
33—G. O. I.	Hebefrenia	8 meses	20	18	0	Remisión completa
34—G. P. A.	Paranoide	4 años	20	16	0	Sin modificación
35—M. B.	Paranoide	1 año	20	18	Luxa. max. inf.	Remisión completa
36—W. W	Paranoide	6 meses	13	11	0	Remisión completa. Continúa tratamiento
37—P. C.	Paranoide	1 año	12	10	0	Remisión completa
38—V. L.	Paranoide	9 años	5	5	0	Sin modificación. Observación incompleta
39—Mc. E.	Paranoide	5 años	8	7	0	En estudio, sigue el tratamiento
40—L. P.	Hebefrenia	6 meses	7	6	0	Remisión completa. Sigue el tratamiento
41—Z. P.	Paranoide	7 años	4	3	0	En estudio, sigue el tratamiento
42—G. V.	Hebefrenia	2 años	5	5	0	En estudio, sigue el tratamiento
43—O. P.	Paranoide	4 años	2	1	0	En estudio, sigue el tratamiento
44—F. I.	Hebefrenia	6 meses	1	0	0	En estudio, sigue el tratamiento

En estos 44 casos hemos aplicado un total de **686** inyecciones con **523** choques completos.

Los resultados, de acuerdo con las **formas clínicas** han sido:

Forma simple 1 caso . .	Remisión completa	1 caso
Forma hebefrénica, 23 casos	Remisiones completas	8 casos
	Remisiones parciales	5 „
	Remisión con recaída	1 caso
	En tratamiento	4 casos
	Sin mejoría	5 „
Forma paranoide, 15 casos	Remisiones completas	5 casos
	Remisiones con recaída	3 „
	En tratamiento	3 „
	Sin mejoría	4 casos
Forma catatónica, 5 casos.	Remisiones completas	3 casos
	Remisiones con recaída	2 „

Según el **tiempo de duración de la enfermedad:**

Hasta 6 meses, 13 casos . .	Remisiones completas	9 casos
	Remisiones parciales	1 caso
	Remisión con recaída	1 „
	En tratamiento	1 „
	Sin mejoría	1 „
De 6 meses a 2 años, 16 casos	Remisión completa	6 casos
	Remisión parcial	2 „
	Remisión con recaída	1 caso
	En tratamiento	1 „
	Sin mejoría	6 casos

De más de 2 años, 15 casos	Remisión completa	2 casos
	Remisión parcial	2 "
	Remisión con recaída	4 "
	En tratamiento	5 "
	Sin mejoría	2 "

Podemos decir que el resultado de nuestras observaciones coincide en términos generales con las de otros muchos autores en el sentido de que los resultados más favorables se obtienen en los pacientes cuyo mal no pasa de 6 meses y que éstos van siendo menos frecuentes a medida que el mal va siendo más antiguo.

Botelho Adauto del Brasil, en reciente publicación cita los resultados siguientes:

Remisiones:

Casos de menos de 6 meses	91 %
Casos de 6 meses a 1 año	50 "
Casos de 1 a 2 años	42 "
Casos de 2 a 3 años	40 "
Casos de más de 3 años	30 "

Según las formas clínicas, el mismo autor ha obtenido las siguientes remisiones:

Esquizofrenia catatónica	42 %
" hebefrénica	33 "
" paranoide	50 "
" simple	80 "

Otras observaciones hechas por autores extranjeros se consignan a continuación en el cuadro IV.

La terapéutica por choques convulsivos ha venido a abrirnos un amplísimo campo en el tratamiento de la esquizofrenia y se presta a muchos comentarios, especialmente en lo que se refiere a

CUADRO IV

Cuadro estadístico de casos tratados por varios autores hasta diciembre de 1937

Autor	Número de casos	Remisiones completas	Por ciento	Casos nuevos hasta 1 ½ años	Remisiones completas	Por ciento
V. Meduna, Budapest: "La terapia convulsiva de la esquizofrenia". (Edit. Carl Marhold. Halle/S., 1937) --- --- --- --- --- --- ---	110	54	49.1	50	42	84.0
Angyal u. Gyárfás, Budapest (Arch. f. Psych. 1936, t. 106, Nº 1 pág. 1, y Orvosi Hetilap. 1937, Nº 4 pág. 79-82) --- --- --- --- --- ---	45	17	37.8	27	12	44.4
Wahlmann, Hadamar (Psych.-neur. Wschr., 1936, Nº 7. pág. 78) --- --- --- --- --- ---	21	8	31.1	---	---	---
Santagelo y Arnone. Palermo (Giornale di Psichiatria e di Neuropatología, 1937, Nº 1-2 pág. 209-44) --- --- --- --- --- --- --- ---	120	48	40	53	42	79.2
Scheuhammer y Wissgott, Viena (Psych. neur. Wschr., 1937. Nº 26. pág. 286-8) --- --- --- -	30	13	43.3	13	9	69.2
Buchmüller, Budapest Orvosok és Gyógyszerészek Lapja, 1937, Nº 8. pag. 177-9) --- ---	106	32	30.1	58	24	41.4
Lahmann-Facius y Gerhardt, Francfort/M. (med. Klin., 1937, Nº 35, pag. 1170-2) - - -- -	18	7	38.9	12	7	58.3
Hager, Kiel (Deutsche med. Wochenschrift, 1937 Nº 38. pag. 1438 y Psych. neur Wschr., 1937, Nº 39. pag. 439) --- --- --- --- --- ---	---	---	---	21	8	38.1
Sorger y Hofmann, Graz (Psych. neur Wschr. 1937. Nº 41. pag. 462 y Nº 42, pag. 473) ---	100	49	49.0	51	36	70.5

la explicación para determinar cuál es el mecanismo de su efecto en las remisiones totales y parciales, pues todavía es aventurado hablar de curaciones.

Desde luego, hay que pensar en que obra de modo análogo a los métodos que provocan pérdidas de la conciencia y estado de coma como el de la insulina, pero la circunstancia de que ambos den mejores resultados en los primeros meses de la evolución de la esquizofrenia que en fases avanzadas de ésta, hace pensar que en los primeros períodos del mal solamente hay trastornos funcionales y que después se originan alteraciones orgánicas neuronales de carácter irreparable.

Los resultados favorables son mayores en las formas **reactivas** y **sintomáticas** que en las **procesales**.

Aunque muchas de estas cuestiones todavía no se aclaran suficientemente, tienen poca importancia ante el hecho de los beneficios que la terapia **convulsivante** produce.

c).—**TRATAMIENTOS MIXTOS.**—Los tratamientos por choque hipoglicémico y por choque cardiazólico han despertado gran optimismo y como es indiscutible que ambos son eficaces — especialmente en los primeros tiempos de la evolución del mal — han sido estudiados comparativamente para determinar cuál puede ser mejor y cuál menos peligroso, lo que ha traído, como se comprende, partidarios de uno y otro.

Por la insulinoterapia abogan numerosos autores como Pacheco e Silva que la considera el "medio más eficaz para combatir la esquizofrenia"; A. Nicotia del Hospital Psiquiátrico de Siracusa la encuentra superior en los resultados comparativos que han hecho de ésta con la convulsionoterapia cardiazólica y P. Quaranta asienta que debe ser el tratamiento de elección, especialmente cuando el mal tiene pocos meses y siempre que se aplique con los debidos cuidados.

Antonio Morales San Martín estudia comparativamente 25 enfermos tratados por insulina y 25 por cardiazol y obtiene de los primeros 64 % de curaciones y 28 % de fracasos y en cambio de

los segundos 40 % de curaciones y 52 % de fracasos con 4 % de mortalidad.

Por otro lado, están los defensores del cardiazol con sus elocuentes estadísticas y sus argumentos de que: requiere menos cuidados, puede emplearse en enfermos en quienes la insulina está contraindicada y que además en algunos casos ha dado muy favorables efectos, cuando aquélla en los mismos había fracasado.

Los partidarios de la convulsionoterapia buscan nuevos medicamentos que puedan reemplazar al cardiazol, como el canfosulfonato de sodio, aunque hasta la fecha no han logrado que den tan satisfactorios resultados.

Otros autores han señalado que son igualmente eficaces el cardiazol y la insulina, y aunque su mecanismo de acción es análogo, lo que ha sido rectificado parcialmente por Juan Cuatrecasas y Arturo A. Bruno, quienes llegan a las siguientes conclusiones:

1º—El choque insulínico y cardiazólico manifiestan resultados opuestos en la regulación de glucósidos.

2º—La acción del cardiazol sobre la glicemia se desarrolla independientemente de los fenómenos neurohumorales de **shock** y depende de una acción farmacodinámica.

3º—El mecanismo bioquímico del **shock** curativo en la esquizofrenia no debe buscarse en las modificaciones del metabolismo glucósido.

4º—En ambos **shocks** (insulínico y cardiazólico) hay importantes alteraciones del contenido en cloro del plasma y de los glóbulos, que traducen el trastorno humoral involucrado o determinante de los fenómenos de **shock**. El sentido de dichas modificaciones parece variable, pero coinciden en señalar una elevación del cuociente clorado glóbulo plasmático.

De todas estas opiniones y discusiones ha nacido la terapia mixta y así Bersot y otros autores están empleando la cura asociada que comprende insulina-cardiazol, cuya técnica de aplicación es la siguiente:

1.—Inyección de insulina en dosis necesaria para provocar un coma de 1 ½ hasta 2 horas de duración.

2.—Producir la crisis convulsiva al cabo de este tiempo por inyección intravenosa de cardiazol.

3.—Continuar diariamente el tratamiento insulínico y además dos veces por semana el del cardiazol. Se suprime la insulina al día siguiente de la crisis epiléptica si el enfermo se encuentra debilitado.

4.—Interrumpir la hipoglicemia, por los medios habituales, media hora después de la crisis epiléptica.

Esta cura se viene aconsejando en los casos de cardiazolorresistencia o en aquellos en que la terapia insulínica no ha sido suficiente.

Los resultados de este tratamiento combinado todavía no son bien conocidos como aquellos de los procedimientos simples — por ser aún muy reciente —; sin embargo, debe de conceptuarse el método como un recurso más en la terapéutica de la esquizofrenia.

Los tratamientos modernos han cambiado radicalmente el pronóstico de la esquizofrenia, pues la enfermedad considerada hasta hace poco como esencialmente incurable, es ahora susceptible de atacarse — sobre todo en su principio — con resultado en verdad satisfactorios ya que, como dice Delgado: "**por fortuna, entre las grandes adquisiciones de la psiquiatría contemporánea se cuenta ya con un método eficaz en la curación de la esquizofrenia**".

Sin embargo, no se puede decir la última palabra sobre los buenos resultados de la insulina y del cardiazol, ya que es necesario proseguir la observación en los enfermos; y en los casos tratados con aparente éxito dejar que el tiempo resuelva si éstos son transitorios o definitivos, pero sí hay que tener presente el hecho de que mientras más tempranamente se instituye el tratamiento, mejores resultados da, por lo que, tanto el **alienista como el médico general, deben preocuparse por hacer el diagnóstico oportuno** de este mal, que tan elevado porcentaje de enfermos ocasiona en todos los países.

BIBLIOGRAFIA

I

TRATAMIENTO POR LA PIRETOTERAPIA

BELLONI. G. B.—La malarioterapia nelle forme schizofreniche.—(Riv. di pat. nerv. 37. 508-529. March-april 1931).

BERTOLINI. F.—Contributo alla malarioterapia della demenza precoce.—(Gior, di psichiat, clin. etecu manic No. 3-4 Supp. 59: 1-6 1930).

BRUNOWA. M. & MIKULSKI. K.—Malarial therapy and therapy with sodium salicylate in schizophrénia.—(Roez. Psychiat. 47-67 1933).

HERMAIN CEBRIAN. J.—La malarioterapia en la demencia precoce.—(arch. de Med. cir y espec. 26: 217-225, 12 Fev. 1927).

DUBLINEAU J.—La Pyrétothérapie soufrée associés aux sels d'or dans le traitement de certaines démences précoces.—(Provence medico-chirurtical.—No. 1.—Janv. 1937).

DUNCAN MENZIES.—La pyrothérapie dans la demence précoce.—(The lancet.—No. 5853.—2 Nov. 1935.—In. Presse médecale No. 11 5 Fev. 1936).

GALANT J. S.—Die Fieberbehandlung der dementia praecox.—(Monatschr f. Psychiat, neurol. 76, 86, 101. June 1930.

GALLAUD.—Contribution a l'étude du traitement de la démence précoce par la pyretothérapie.—(These Toulouse.—1934-35).

GRIMALDI. L.—Sulla terapia della demenza precoce (AUT osangue nucleinato di sodio malaria).—Manicomio 42: 113-138 May-dec. 1929).

GRIMALDI. L.—Cura malarica del mitismo catatonico.—(Arch. Gen. di neurol. Psichiat e psicoanal. 14, 130, 137, 1933).

HINSIE L. E.—Malaria treatment of shizophrenia.—(Psychiat, Quart I; 210-214 April 1927).

HINSIE. & LELAND.—Malaria treatment of schizophrenia.—(Psychi Quart T. I, No. 2, 1927.

MAGENAU. O.—Die berandlung der akuten schizophrenie in der freien Praxis.—(Ztschr. F. d. ges. neurol Psychiat. 139: 318-323, 1932).

MALE.—La pyrétothérapie dans le traitement de la démence précoce.—(Le Bull. Médical 31 Aout 1935).

MALKIN. P. F. & MITKEVITCH. E. P. & ROGATCHEFF. I. D.—Results in malaria therapy of dementia praecox.—(Vrach.—Gaz. 34; 368-371 15 March, 1930).

MASQUIN. P.—Malariathérapie et démence précoce.—(Provence médico-chirurgicale.—No. I, Janvier 1937).

MAZZA. A.—Contributo alla malarioterapia della demenza precoce e di altre psicosi ad etiologia non luetica.—(Riv. sper. di freniat 55; 257-271.—30 June 1931).

MEUNINGER LERCHENTHAL. E.—Der gegenwartige stand der fieber und Infektionstherapie bei der dementia praecox der Schizophrenie.—(Zentral. f. d. ges. Neurol. u Psychiat. 60: 1-22 July 1/1931).

MENNINGER CON LERCHENTHAL.—Zur pyrohenetischen therapie der dementia praecox.—(Zeitschr. f. d. ges. Neurol, u Psychiat. T. 97.—1925).

MENZIES.—Pyrothérapie dans la démence précoce.—(The Lancet.—2 Nov. 1935).

D'ORMEA. & BROGGI.—Pyrétothérapie dans la démence précoce.—(XIXº Congres de la soc. phréniatrique ital. ferrare 24-25 Aout.—1930).

D'ORMEA. & BROGGI.—La piretoterapia nella demenza precoce.—(Rassegna di studi psichiat. 19: 857-84.—Sept.-Oct. 1930).

PASCUALINI. R.—Tentativi di piretoterapia nella demenza precoce.—(Riv. sper di freniat. 57-1425.128, 31 Dec. 1934).

TUSQUES. J.—Pratique de la pyrétothérapie soufrée simple ou associée a la chrysothérapie dans les états dits démence précoce ou schizophrénie.—(La Semaine des hop. de Paris.—No. 4, 13 Fev. 1937).

UNSWORTH. H.—Malarial therapy in dementia précoce.—(The Journal of the amer. Med. assoc.—XCV, 1930).

VALLEJO NAGERA. A. & ALVAREZ NOUVILLAS. P.—Piretoterapia en la alucinosis esquizofrénica.—(Arch. de neurob. 8: 273-288. Nov.-Dec. 1938).

VALLEJO NAGERA. A. & ALVAREZ NOUVILLAS. P.—Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso.—(Siglo med 88: 176.—22 Aug. 1931.—200, 29 Aug. 1931).

VANELLI. A.—Piretoterapia e auroterapia nelle schizophrenie.—(schizophrenie 4; 113-125, Sept. 1935).

VARENNA. P.—Contributo alla malarioterapia della demenze précoce.—(Riv. di sper di freniat 31 Mars. 1933).

VIDELA. C. A .& PASTOR. S.—Demencia precoz y malarioterapia.—(rev. asoc. Med. Argent. 49: 217-226, Fev. 1935).

WARNER. G. L.—Malarial inoculation in cases of dementia precox.—(Psychiat. quart 2: 494-505, Oct. 1928).

WIZEL. A. & MARKUSZEWICZ. R.—Premièrs résultats du traitement paludéen dans la schizophrénie.—(Encéphale 22: 669-680, Nov. 1927).

WIZEL. A. & MARKUSZEWICZ. R.—Zweite mitteilung über die versuche der malariatherapie bei der schizophrenie.—(Jahr. f. Psychiat. U. Neurol. 46: 255-261, 20 July 1929).

TRATAMIENTO POR EL AZUFRE, SOLO O ASOCIADO A LAS SALES DE ORO

BROGGI. E. & GIANNELLI. V.—Valore della zolfopiretoterapia nelle malattie mentali e nella demenza precoce in ispecie.—(Riv. sper di freniat 58: 1098-1100, Dec. 31/1934).

CROCE. G.—Ancora sull'azione della térapia péretogena solforosa nella schizofrenia.—(Schizofrenie 2: 23-29 Mars. 1933).

J. DUBLINEAU-DOREMIEUX.—Trois observations d'états sclero phreiniques traités par l'association des sels d'or á la pyretothérapie soufrée critique des résultats.—(Soc. Med. Psychol, 25/3/35 in: annales med. psych. No. 3, 1935).

EHRENSVARD. J.—Experiences with sulfosin treatment of dementia praecox in psychiatric hospital in Stockolm.—(Svenska Lak. tindning 31: 745-51, 29 June 1934).

FENWICK. P. C.—Sulphur treatment of dementia praecox.—(Lancet.— 1: 241, 31 Janv. 1931).

FOURNIER.—Dix observations de déments précoces traitées par des injections d'huile soufrée.—(Gaz. des sciences médicales de Bordeaux.—No. 42, 15/10/33).

IZIKOWITZ. S.—Uber das verhalten des Blutzuckers bei schwelfelbehandlung (sulfosin) der dementia praecox.—(Acta med scand. 82: 567-78, 1934).

JACOBSEN. O. & SMITH. J. C.—Sulfosin therapy.—(Ugesk f. laeger 91: 877-886, 17 Oct. 1929).

KERFRIDIN. P.—Essai de traitement de certains déments précoces par le soufre pyrétogene associé a l'or.—(These Paris.—1934 Legrand edit).

LOBERG. K.—Sulfosin behandlung der dementia praecox ztschr f. d. ges neuril u. psych. 123: 449-464, 1930).

MC CARTAN.—Traitement de la démence précoce par le sulfosin.—(The Lancet.—No. 5659, 13 Fev. 1932).

MARCUSE. H. & KALLMANN. F.—Sufosinebahdlung der Paralyse und schizophrenie.—Nerven arzt 2: 149-153, 15 Mars 1929).

SALINGER. F.—Uber sulfosinbehandlung schizophrener Psychosen.—(arch. f. psychiat 86: 723-728, 1929).

TRATAMIEENTO POR VACUNA ANTITIFOIDEA

H. J. BERKLEY.—Démentia praecox trial and retrospect. (Am. J. Psychiatr. 8: 1085-1087, May 1929).

T. JOSON.—Preliminary report on typhoid paratyphoid vaccine, treatment on dementia praecox, schizophrenia.—(J. Phillipine Islands, M. A. 11: 405 411, Oct. 1931).

A. VALLEJO NAGERA, P. J. ALVAREZ NOUVILAS.—Ensayos de piretoterapia en enfermos esquizofrenicos.—(Archiv. de med. cir. y especial. 27: 661-675, 10 Dec. 1927).

TRATAMIENTO POR AUTOHEMOTERAPIA

O. FREYTAG.—Eigenblutbehandlung der schizophrenie eine therapeutische Anregug.—(Psychiatr. Neurol Wochens. 35: 322, 1 Juillet, 1933).

DAVESNE.—L'homohémothérapie dans la démence précoce.—(Thése de Paris, 1er. Fev. 1927).

TRATAMIENTOS QUIRURGICOS

A. PATZL et G. A. WAGNER.—Verlauf einer weiblichen schizophrenie nach Kastration und Homoiotransplantation.—(Med. Klin. Berlin 1925, XXI p. 74).

A. PATZL et G. A. WAGNER.—Grafts of gonads in schizophrenia.—(Med. Klinik, 21: 354-359, 6 Mars 1925, ab. J. A. M. A. 84, 1312, 25 Avril 1925).

P. SIPPEL.—Transplantation of ovaries in schizophrenia.—(Klin. wochens. 4: 401-403, 26 Fev. 1925 J. A. M. A. 84; 1242, 18 Avril 1925).

B. SLOTOPOLSKY DUKOR.—Sexual sterilization in therapy of erotomania in schizophrenic patient.—(Nervenarzt. 5: 579-87, 1932).

S. S. SERGIEWSKIY.—Therapy of schizophrenia by transplantation of ram's testicles.—(Klin meed; No.—11, 12. 10: 322-333, 1932).

TRATAMIENTO POR LA TIROIDECTOMIA

LEVISON.—Le traitement a la thyroidine dans la démence précoce. (Hop. Tident. 1909, No. 36, Archiv général de med. 1910, p. 50).

KANAVEL A. B. et J. DOLLOCK.—Value of thyroidectomy in the treatment of catatonic dementia praecox. (Mississipi Valley med. assoc. 12-14/10/1909, journal amer. med. assoc; 1909, LIII P. 1675).

LEVISON.—Thyreoid in behaundlung bei dementia praecox. (Hospitalstidunde, 1909, LII p. 1116).

WINSLOW R.—Partial thyroidectomy, in dementia praecox. (amer. med. assoc. 9 Juin 1910, N. Y. Med. Record, 1910, LXXXVII, p. 1107).

OTROS TRATAMIENTOS

MARGULIES.—Le traitement salicylé de la schizophrénie. (Medizinische Klinik, No. 26. 30 Juin 1927).

MAGERA.—Indicaciones terapéuticas en los procesos esquizofrénicos. (El siglo médico, 1927).

MAGERA.—Indicaciones terapéuticas en los procesos esquizofrénicos. (Le med. Argentina, Dec. 1927 p. 563).

MAGERA et NOUVILAS.—Ensayos de piretoterapia en enfermos esquizofrénicos (archiv. de med. Cirurg. y especial, t. XXVII, 10 Dec. 1927, No. 24 p. 521).

REITMANN.—Utilisation de l'irradiation mitogenetique dans le traitement de la schizophrenie. (Orvosi Hetilap. 31 Aout 1935 p. 948).

REPOND.—Quelques remarques sur le traitement de la schizophrenie dans les asiles (archives Suisses de Neurologie, 1921).

SCHINAGEL.—Heureux Résultats obtenus par l'émotion therapie dans un cas de schizophrénie. (Munchenermedizinische wochens. Leopolds trasse 4 Munich, No. 1. Janvier 1931).

VALLEJO y ALVAREZ.—Piretoterapia en la alucinosis esquizofrénica. (Clinica y Laboratorio, Marzo, 1928 P. 191).

VALLEJO y NAGERA.—Indicaciones terapéuticas en los procesos esquizofrénicos. (La Medicina Argentina, Dec. 1927 p. 563).

VALLEJO y NAGERA et ALVAREZ NOUVILAS.—Ensayos de piretoterapia en enfermos esquizofrénicos (archivos de medicina cirugía y especialidades, Nº 24 10 Dec. 1937).

F. VON HORANSZKY.—Novo methodo de tratamento da eschizophrenia. (Archiv. fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten 20 Juil, 1928).

R. G. HOSKINS.—Manganése treatment of schizophrenie disorder (J. Nerv. & Ment. dis. 79; 59-62, January 1934).

NAKAMOTO.—Recherches sur les résultats de la cure de sommeil prolongé par le sulfonal dans la schizophrenie. (Fukuoka Igwadai gaku, zasshi vol. XXVII, No. 5. Mai 1934, Presse medicale. No. 97, 5 Dec. 1934).

BECK.—Influence therapeutique chez le schizophréne male, par l'hormone sexuelle femelle. (Deutsche medizinische wochenschrift, 3/4/36 p. 544).
I. SUSMANN GALANT.—Les premiers résultats du traitement de la schizophrenie par le sang placentaire. (Munchener med. wochens. No. 20, 1934. in: annale medico psychol. No. 3. 1935).
MAX MULLER.—Quelques mécanismes de guérison dans la schizophrenie. (l'Evolution psychiatrique 1934).

TRATAMIENTO POR INSULINA

J. ALLIEZ.—Traitement de la démence précoce par le choc insulinique. (La Provence Med. No. 69, 15 Juin, 1937).
ANGYAL. SAKEL.—Le traitement de la schizophrénie par l'insuline. (Orvosi Ttesily 18 Avril 1936 p. 359).
ANGYAL. SAKEL.—Le traitement de la schizophrénie par l'insuline (suite). (Orvosi Hetilap 25/4/36 p. 386).
ANGYAL. L. SAKEL. M.—Le traitement de la schizophrénie par l'insuline. (Orvosi Hetilap t. 80 No. 16, Avril 1936 in: Press Med. No. 12, Fev. 1937).
A. BARBEAU.—La Méthode de Sakel dans le traitement de la démence précoce. (Extrait de l'Hopital Aout. 1937.
E. BAUER.—Essai de traitement des affections schizophréniques par la méthode de Sakel. (Ann. Med. psychol. Nov. 1936 p. 682).
E. BAUER.—Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique. (Provence Médico-chir. No. 1. Janv. 1937).
B. BERGLAS.—Le traitement de la démence précoce par l' insuline. (Lijecnicki Vjesnik t. 59, No. 2. Fev. 1937 p. 50-54 In: La Presse Med. No. 88. 3/11/37 p. 168).
H. BERSOT.—Le traitement de la schizophrénie par l' insuline. (12e cong. belge de Neurol, et de Psyeriatrie Corbeek-Loo et Bruxelles 26-27 Sept. 1936 in: Ann. médico-psych No. 3, Oct. 1936).
BERSOT. H.—Le traitement de la schizophrénie par l' insuline (12e cong. belge de Neurol. et de Psychiatrie Corbeek-Loo et Bruxelles 26-27 Sept. 1936 in: Bruxelles Med. No. 2, 8/11/36).
H. BERSOT.—La thérapeutique par le choc dans la schizophrénie. (Jorn. belge de Neurol. et de Psych. 37: 109-119. Fev. 1937).
H. BERSOT.—L' insulinothérapie de la schizophrénie. (Réun. neurol. de Strasbourg. Sce du 12 Déc. 1936 in: Strasbourg. Med. No. 7, 5/3/37).
M. H. BERSOT.—L' insulinothérapie des schizophrénies réfractaires a la cure habituelle. (Sté Med. psych. Sce du 24/1/38 in: Ann. med. Psychol. No. 1, Janv. 1938).

H. BERSOT.—Considérations sur le mécanisme de l' action curative de l' insuline et du cardiazol dans la schizophrénie. (Cong. des Med. alién, et Neur de France et des Pays de Lang. france Nancy 30 Juin et 3 Juil. 1937). Ann. médico psychol. No. 2. Juil 1937 p. 348).

H. BERSOT.—La thérapeutique de la démence précoce par l' insuline et le cardiazol. (Rev. med. de la Freneche Comté No. 1, Janv 1938).

BERZE.—Insulone-choc thérapie dans le schizophrénie. (Wiener Medizinische Wochenschrift No. 49, 2/12/33).

BUSTOS QUEZADA RENE.—La insulinoterapia en la demencia precoz, Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas. Santiago de Chile. Año II, No. 7, Julio 1937.

G. BOSCH. C. R. PEREYRA.—Terapéutica insulínica de la esquizofrenia. (Semana Me. I: 1477-1488. 3 Juin. 37).

BUSTOS QUEZADA RENE, G. BYCHOWSKI. M. KACZYNSKI. C. KONOPKA. K. SZCZYH.—Thérapeutique par le choc en M. M. (Encéphale I: 233-274, Mai. 1937).

CAMERON. HOSKINS.—Résultats dù traitement de la zchizophrénie par le choc insulinique. (The Journ. of the Amer. Assoc. Med. 16/10/37 p. 1246).

E. CAMERON. R. HOSKINS.—Essai de traitement de la schizophrénie par le choc insulinique. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc in: La Presse Med. No. 18/5/38).

CARAVEDO BALTASAR Y GUTIERREZ NORIEGA CARLOS.—El Shock Hipoglicémico en la Terapéutica de la Esquizofrenia. Archivos Peruanos de Higiene Mental. Lima T. 7. No. 1. Junio 1937.

E. A. D. E. CARP.—Thérapeutique par le choc dans la D. P. (Nederl. tijdschr. v. geneesk 81: 3017-3022, 26 Juin. 1937).

H. CLAUDE. P. RUBENOVITCH.—Traitement de la schizophrénie par le choc insulinique. (Sté Med. Psychol. Sec du 23/11/36 in: Ann. de Med. Psychol. Nº 4, Nov. 1936).

H. CLAUDE . P. RUBENOVITCH.—Traitement du syndrome schizophrénique par le choc insulinique. (La Semaine des Hop. de Paris No. 4, 15 Fev. 37 p. 87).

P. COMBEMALE. L. ROLLET.—Sur le traitement de la démence précoce et de certains états psycho-pathiques par l'insulino-thérapie. (L'Echo Med. du Nord t. 9 No. 3, 15/2/38 p. 65).

COSSA. BOUGEANT.—Accident mortel au cours d'un traitement insulinique de la démence précoce. (Le Sud Med. et Chir. No. 2190, 15/4/37).

G. W. DAY. E. A. NIVER.—Hypoglycémia in schizophrenia. (Texas State J. Med. 33: 236-242. Juil. 1937).

DELGADO HONORIO.—Acerca de los Nuevos Métodos de Tratamiento de la Esquizofrenia. Rev. Mex. de Psiquiatría, Neurología y Med. Legal. Vol. V., No. 25.

K. T. DUSSIK.—Uber die Insulin shock behandlung der Schizofrenie. (Jahresk f. artzl Fortbild. 28: 22-37, Mai. 1937).

K. T. DUSSIK. M. SAKEL.—Ergebuisse der Hypoglykamies shock behandlung der Schizophrenie. (Ztschr. f. d. Ges. neurol. u. Psychiat. 155: 351-415, 1936).

W. EDERLE.—Schizophrenie thérapie Durch hypoglykamischen Schok (Munchen Mediz. Woch. 1936, Nº 8 p. 621).

W. EDERLE.—Insulinshockbehandlung der Schizoprhrénie. (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 158: 422-428, 1937).

G. EWALD.—Insulinschock therapie in schizofrenia. (Med. Welt. II: 899-902, 26 Juin. 37).

EDERLE.—Thérapie de la schizophrenie par choc insulinique. (Munchener Medizinische Wochenschrift. 12 Nov. 37 p. 1811).

M. FELDHOFEN.—Insulinshock behandlung der Schizophrénie. (Allg. Ztschr. f. Psych. 105: 281-298, 1937).

M. FEUILLADE. M. SER.—Le coma insulinique en thérapeutique psychiatrique. (Journ. de Med. de Lyon. 5 Déc. 1937, No. 430 p. 657).

FREUDENBERG.—L'Utilisation des vitamines BI et B2 au cours du traitement de la schizophrénie par le choc insulinique. (Wiener. Klinische Wochenschrift t. 50 No. 16, 25/4/37 in: La Presse Med. No. 80, 6/10/37).

GEORGI.—Remarques humoro-pathologiques sur la thérapie de la schizophrénie par choc insulinique. (Schweizerische Wochenschrift 26 Sept. 36 p. 925).

GIES.—Insulinshockbehandlung der Schizophrénie (psychiat. Neurol. Wehnschr. 39: 201-205, 8/5/37).

H. GILLIES.—Hypoglycemic therapy in psychoses. (Brit. M. J. I: 1254-1255, 19 June 37).

B. GLUECK.—Hypoglycemic state in treatment of schizophrenia. (J. A. M. A. 107: 1029-1031, 26 Sept. 1936).

L. GRIMALDI. A. TOMMASINO.—Shock terapie nella schizofrenia Schizofrenie 6: 109-112, Juin 1937).

GROSS.—Insuline et schizophrénie. (Schweizerischen Medizinischen Wochens. LXVI Nº 20, 1936 in: C. R. Rev. neurol. No. 3, Sept. 1936).

GROSS.—Insuline et schizophrénie. (Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 18/7/36 p. 689).

M. GROSS.—Insuline et schizophrénie. (Schweizerische Mediz. Wochen t. 66, No. 29, 18/7/36 in: La Presse Med. No. 93, 18/11/36).

P. GUIRAUD. C. H. NODET.—Pririape et technique de l' insulino-thérapie. (Ann. Med. Psychol. 94: 670-675, Nov. 1936).

P. GUYOT.—Remarques sur le traitement des états schizophréniques par le coma insulinique. (Le Prog. Med. No. 44, 30/10/37).

HEILBRUNN.—Au sujet des modifications parasympathicotoniques ou sympathicotomique au cours du choc insulinique pour traitement de la schizophrénie. (Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 30/10/36 p. 961).

HALPERN.—Traitement de la schizophrénie par choc insulinique. (The Chinoise Med. Journ. Oct. 1937 p. 541).

HAMILTON.—Choc secondaire par l' insulinothérapie de la schizophrénie. (The Lancet. 6/11/37 p. 1074).

H. HESSE.—Insulinshockbehdandlung der Schizophrénie. (Fortschr. d. Therap. 13: 257-267, Mai. 1937).

J. HIRSCHMANN.—Uber insulinobehandlung bei Schizophrénie. (Psychiat Neurol. Wehnschr. 39: 13-14, Janv. 1937).

HUNT. FELDMAN.—Interruption de la thérapie par choc insulinique. (The Journ. of The american Med. Assoc. 2/10/37 p. 1119).

JAMES. G. W. B. RUDOLF FREUDENBERG. CANNON. A. T.—Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique. (The Lancet. No. 5932, 8/5/37 in Presse Med. No. 82, 13/10/37).

G. W. KASTEIN.—Le traitement de la schizophrénie par l' insuline (au in: La Presse med. 11 Mai. 38 No. 38 Neder, tjdschrift voor geneeskunde 23/10/37).

KUPPERS.—Traitement de la schizophrénie par l' insuline. (Deutsche Mediz. Wochens. 5 Mars 37 p. 377).

G. LANGFELDT.—Effect of large doses of insulin in schizophrenia. (Nord Med. tidskr. 12: 1833-1843, 7/11/36).

LARKIN.—Traitement de la schizophrénie par le choc insulinique. (The British Med. Journ, 10/4/37 p. 745).

G. LAVALEE.—Traitement de la démence précoce par l' hypoglycémie insulinique. (Le Concours Med. No. 43, 24/10/37 p. 2963).

LEHMANN. FACINS, GERHARDT.—Sur le traitement de la schizophrénie par le choc ou par pyrétothérapie. (Mediz. Klinik. 27 Aout 37 p. 1170).

F. LEMERE.—Shock therapy in schizophrenia. (Northwest. Med. 36: 269-271, Aout. 1937).

ALPH LEROY. P. CLEMENS.—Le traitement de la démence précoce par l' insuline et le cardiazol. (Liége Med. No. 39, 26/9/37).

G. MARQUET.—Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinique (méthode de Sakel). (Thése de Paris 1937).

G. METRALFE.—Shock therapy of schizophrenia. (J. Am. Inst. homeop. 30: 536-541, Sept. 1937).

N. MICHAEL.—Shock therapy of schizophrenia. (Ohio State M. J. 33: 1010-1011, Sept. 1937).

R. T. MORSE.—Shock therapy of schizophrenia. (Critical review), (J. Kansas. M. Soc. 38: 348-253, June 1937).

MULLER.—Insulinothérapie de la schizphrénie. (Schweizerische Medizinische Wochenschrift 26 Sept. 1936 p. 929).

MULLER.—Le traitement de la schizophrénie par l'insuline. (Sté med. psychol. Sec du 23/11/36 in: Ann. Med. psychol. No. 4, Nov. 1936).

O. J. NIELSEN.—Hypoglycemia in neurology and psychiatry spontaneous hypoglycemia insulin hypoglycemia and insulin in treatment of schizophrenia. (Hospitalstid 80: 47-53, 12 Janv 1937).

H. NISENBAUM.—Shock therapy of schizophrenia. (J. Indiana. M. A. 30: 341-342. July 1937).

D. PAULIAN.—La méthode des crises insuliniques appliquée en psychiatrie et surtout chez les schizophrenes. (La Semaine des Hop. de Paris No. 4, 15/2/37 p. 98).

Al. Ag. PASTOR.—Tratamiento de la esquizofrenia por el coma insulinico. (These de Bogotá, 1937). (Colombia).

B. POLLACK.—Present status of treatment of schizophrenia (insulin shock), (M. Times. N. Y. 65: 403-408, Aout. 1937).

Y. PORCHER. M. LECONTE.— Remarques cliniques sur la période précomateuse au cours du traitement des états schizophréniques par l' insulinothérapie. La phase de coma considérée comme non nécessaire. (Sté Med. Psychol. Sce du 13/1/38 in: Ann. de Med. Psychol. No. 1, Janv. 1938).

H. H. REESE.—Insulin schok therapy of schizophrenia (dementia praecox), (Wisconsin. M. J. 36: 111. Fev. 1937).

RUSSEL.—Choc hypoglycémique dans le traitement de la schizophrénie. (The Lancet. 27 Mars 1937 p. 747).

RYMER. BENJAMIN. EBAUGH.—Traitement de la schizophrénie par le choc insulinique. Rapport préliminaire avec données particuliéres sur l' étude quantitative des rémissions. (The Journ, of the Amer. Med. Assoc. 16/10/37 p. 1248).

C. RYMER. J. BENJAMIN. F. EBAUGH.—Le traitement dé la schizophrénie par l'hypoglycémie. (The Journ. of the Amer. med. Assoc. in: La Presse Med. No. 40, 18 May, 1930).

SAKEL.—Traitement de la schizophrénie au moyen de l' hypoglycémie insulinique et du choc hypoglycémique (suite). (Wiener Mediz. Wochens. t. 84 No. 48, 24/11/34, No. 49-50-51, 1934 t. 85 No. 2-3. 1935 in: Presse Med. No. 56, 13/7/35 p. 141.

SAKEL.—Importance des crises épileptiques comme facteur thérapeutique dans le traitement par choc de la schizophrénie (Klinische Wochenschrift 11/9/37 p. 1277).

SAKEL.—Technique du traitement de la schizophrénie par choc (Wiener Mediz. Wochenschrift 23/10/37 p. 1108).

SALM.—Corportement des malades après traitement de la schizophrénie par le choc insulinique (Munchener Mediz. Wochens. 2/7/37 p. 1046).

H. SCHMID.—L'histopathologie du traitement de la schizophrénie par la méthode de choc hypoglycémique de Sakel (Schweizer. Mediz. Wochens. t. 66 No. 40, 30/10/36 in: Presse Med. No. 12, Fev. 1937).

W. M. VAN DER SCHEER. I. G. LENSELING.—Schock et D. P. (Nederl. tijdschr. v. geneesk. 81: 3120-3127, 3/7/37).

J. SCHUSTER.—Insulin therapy in schizophrenia (Wien. med. Wchnschr. No. 1, 84: 24-25, 1934).

STEINFELD.—Choc insulinique dans la schizophrénie (J. A. M. A. Vol. 107. No. 2, 9/1/37 p. 91).

H. M. SMITH.—Schock therapy in D. P. (J. Florida M. A. 24: 11, 20 Juil 1937).

S. STIEF.—Endolumbar administration of insulin and glandiutrin in therapy of schizophrenia (Gyogyaszat 75-727-729, 1/12/35 also: Nonats chr J. Psychiat, u. Neurol. 92: 346-354, Feb. 1936).

A. STIEF.—Insulinshock modus operandi. (Poych neur, Wchnschr. 39: 225-229, 22/5/37).

STRECKER.—Insulinothérapie de la schizophrénie. (Munchener Medizinische Wochenschrift, 17/4/36 p. 649).

P. E. M. TEENSTRA.—Le traitement des psycroses schizophréniques par le choc insulinique. (Nederl Tijdsch. voor Genneskunde t. 80 No. 1, 4/1/36 in: Presse Med. No. 37, 6/5/36).

UNGER.—Insulinshockbehandlung der Schizophrenia. (Cong. Suisse de Psychiatrie Psych. Neurol. Wchnschr. 39: 311-315, 10 Juil. 1937).

L. VON AUGYAL.—Uber die motorichey und touischen Erscheinungendes insulinshocks. Beitrage zur physiologie pathologie des meuschlichen stirnhirns bei der insulinbehandlung schizophrener. (Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 157: 35-80, 1937).

VON BRAUNMUHL.—Traitement de la schizophrénie par choc insulinique. (Munch. mediz. Wochens. an: 84 No. 1, 1/1/37 p. 8).

W. M. van der SCHEER. J. G. LENSELINK.—Insulin in therapy of dementia praecox. (Nederl. tijdsch. v. gennesk. 81: 3120-3127, 3/7/37).

VARELA-FUENTES. RAWAK.—Tolérance à l' insuline chez les schizophréniques. (Klinische Wochenschrift, 2/10/37 p. 1391).

VAN DER SCHEER. LENSELINK.—Traitement de la démence précoce par l' insuline. (Nederl. tijds. voor Gennesk, 3/7/37 p. 3120).

X..........—Le traitement de la schizophrénie par le choc insulinique. (La Presse Med. No. 81, 7/10/36).

M. YAHN. J. ARRUDA.—O tratamento pelo coma insulinico en dois casos de esquizoiremia catatonica. (Arquivos da assistenc. geral a psicopatas do estado de S. Paulo, 1er trimestre 1937, No. 2).

TRATAMIENTO POR PENTAMETILENTETRAZOL

ACKER.—"Die Insulin-und Cardiazol-Behandlungen". (Vlaamsch Genees-kunding Tijdschrift, 1937, Nr. 45, S. 881-84).

ANGYAL & GYARFAS.—"Uber die Cardiazol-Krampfbehandlung der Schizophrenie". (Arch. f. Psych., 1936, Bd. 106, H. 1, S. 1, Orvosi Hetilap, 1937, Nr. 4, S. 79-82).

P. ANGLAS QUINTANA.—Aspecto neurológico del ataque producido por el Cardiazol en Esquizofrénicos.

BARISON.—"Esperienze e relievi sulla terapia cardiazolica della schizofrenia". ("Atti del convegno sulla terapia moderna della schizofrenia", Mailand, 14 November 1937, S. 114/16).

BECKER.—"Preliminary Report of Thirty-Five Patients Treatedwith Metrazol".

BELLAVITIS & KOLL.—"Il cardiazol nella terapia della schizofrenia". ("Atti del convegno sulla terapia moderna della schizofrenia", Mailand, 14 November 1937, S. 108/11).

BERSOT.—"A propos du mode d'action de l' insuline et du cardiazol dans la thérapeutique de la schizophrénie". (Annales Médico-Psychologiques, Nov. 1937, S. 659/65).

BERSOT.—"L'insulinotrérapie des schizophrènes réfractaires à la cure habituelle". (Annales Médico-Psychologiques, Jan. 1938, Bd. 1, Nr. 1, S. 101-108).

BRIEDE.—"On experiences with convulsion therapy". (Psychiatrische en Neurologische Blanden, Jan.-Febr. 1938, S. 75/77).

BROGGI.—"Considerazioni sulla cura cardiazolica". ("Atti del convegno sulla terapia moderna della schiozofrenia", Mailand, 14 Nov. 1937, S. 112/14).

BROUSSEAU.—"La thérapeutique convulsivante de la schizophrénie". (L'Encéphale", Mai 1937, Nr. 5).

BOTELHO ADAUTO.—Cardiazoloterapia dos Esquizofrenicos.—Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria Río de Janeiro, Nov. 3 y 4.—Maio-Agosto 1938.

CAMPAILLA.—"La barriera emato-encefalica nel l'acceso cardiazolico sperimentale". ("Atti del convegno sulla terapia moderna della schizofrenia", Mailand, 14 Nov. 1937, S. 145/46).

CARVALHO & SILVA.—"Tratamento convulsivante na eschizophrenia". (Revista da Associacaõ Paulista de Medicina, Bd. X, Nr. 5, Mai 1937, S. 270/71.

COOK.—"Cardiazol Convulsion Therapy in Schizophrenia". (The British Medical Journal, 22 Jan. 1938, S. 192/93).

DELGADO.—"Traitement de la schizophrénie par le pentaméthylène-tetrazol (Cardiazol).

DELGADO.—"El tratamiento de la esquizofrenia por el método de von Meduna". (Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas", Quito-Ecuador, Bd. I, H. 7/12, Juli-Dic. 1937, S. 345/61).

DELGADO.—"Acerca de los nuevos métodos de tratamiento de la esquizofrenia". (Actualidad Médica Peruana, Oct. 1937).

DELGADO.—"El diagnóstico precoz de la esquizofrenia". ("La Reforma Médica", 10.2. 1938).

DHUNJIBHOY.—"Treatment of Schizophrenia by Induced Convulsions". (The Lancet, 12 Febr. 1938, S. 370/371).

DOMBROWSKI.—"The treatment of psychoses with metrazol". (The Psychiatric Exchange of the Illinois State Institutions, Jan. 1938, S. 7/13).

ELLERY.—"Schizophrenia and its treatment by Insulin and Cardiazol". (The Medical Journal of Australia, 2 Oct. 1937, S. 552/64).

FINIEFS.—"Induced epileptiform attacks as a treatment of Schizophrenia". (The Lancet, 17 July 1937, S. 131).

FINKELMAN, STEINBERG & LIEBERT.—"The Treatment of Schizophrenia with Metrazol by the Production of Convulsions". (The Journal of the American Medical Association, Bd. 110, Nr. 10, 5 Marz 1938, S. 706/09).

FOZ, ANSALDI & VITA.—"Ensayos del método de von Meduna". (Boletín del Instituto Psiquiátrico". (Rosario), 1937, Nr. 20-21 S. 131/45).

FRIEDMAN.—"The Irritative Treatment of Schizophrenia". (American Journal of Psych., Bd. 94 Nr. 2, Sept. 1937, S. 355/72).

FRIEDMAN.—"Irritative Therapy of Schizophrenia". (New York State Journal of Medicine, Bd. 37, Nr. 21, 1 Nov. 1937, S. 1813/21).

FRIEDMAN.—"The Metrazol Controversy". (The Journal of the American Medical Association, Bd. 110, Nr. 2, 8 Jan. 1938, S. 144/45).

FIGARI DIEZ CANSECO.—"Anormalidades de la memoria en los enfermos tratados por Cardiazol". (Revista de Neuropsiquiatría, Lima, Perú. Tomo I, No. 2, 1938).

FELLOWS R. M. y HYDE.—The Use of Metrazol in the treatment of Schizofrenia. (The Jour of the Kansas Med. Soc. June 1938).

GILLIES.—"Convulsives therapy in Schizophrenia". (Tre Lancet, 17. July 1937, S. 131/32).

GUTIERREZ NORIEGA.—Catatonia experimental y shock cardiazólico. (Revista de Neuro-Psiquiatría, Lima, Perú, Tomo I, No. I, 1938).

GUTIERREZ NORIEGA.—Acerca del Origen y Mecanismo de las convulsiones producidas por el Cardiazol en los gastos descerebrados. (Revista de Neuropsiquiatría, Lima, Perú. Tomo I, No. III, 1938).

HUMBERT & FRIEDEMAN.—"Critiques et indications des thérapeutiques de la schizophrénie". Bericht über die wissenschaftlichen Verhandlungen auf der 89. Versammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie in Münsingen b. Bernam 29. 31 Mai 1937. (Schweiz. Arch. f. Neurologie und Psychiatrie. Ergänzungsheft sum Band XXXIX, S. 123/28).

JEDLOWSKI.—"Il comportamento della reazione di Donaggio nella terapia convulsivante (cardiazolica)". ("Atti del convegno sulla terapia moderna della schizofrenia", Mailand, 14 Nov. 1937, S. 158/59).

KENNEDY.—"Convulsion Therapy in Schizophrenia". (The Journal of Mental Science, Nov. 1937, S. 609/29).

KETEL & MEINA.—"Résultats et expériences obtenus lors du traitement au choc par le cardiazol, selon la méthode de V. Meduna, chez 34 cas". (Psychiatrische en Neurologische Bladen, Jan.-Febr. 1938, S. 153/66).

KRAUS, MEULEN & ROMBOUTS.—"Die Behandlung von Schizophrenie nach v. Meduna". (Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 1937, Nr. 33, S. 3931).

LEROY & CLEMENS.—"Syndrome catatonique expérimental product par le cardiazol". (Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie, 1937, Nr. 8, S. 485/98).

LEROY & CLEMENS.—"Le traitement de la démence précoce par l' Insuline et le Cardiazol". (Liége Médical, 1937, Nr. 38. S. 1067/79 und Nr. 39, S. 1095/1114).

LIGTERINK.—"Results of the convulsion therapy in "Het Apeldoornsche Bosch". (Psychiatrische en Neurologische Bladen, Jan.-Febr. 1938, S. 84/92).

LEBENSOHN.—The Present Status of the Metrazol Therapy of Schizofrenia. —Medical Annals of the District of Columbia.

V. MEDUNA.—"Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufes der Schizophrenie. I. Campher-und Cardiazol-Krämpfe". (Ztschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie, 152. Bd., H. 2, S. 235).

MORSIER, GEORGI & RUTISHAUSER.—"Etude expérimentale des convulsions produites par le cardiazol chez le lapin". Bericht über die wissenschaftlichen Verhandlungen auf der 89. Versamlung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie in Münsingen b. Bernam 29.—31. Mai. 1937. (Schweiz. Arch. f. Neurologie un Psychiatrie, Ergänzungsheft sum Band, S. 144).

MUYLE.—"Le pentaméthyléne-tétrazol en épilepsie expérimentale chez l' homme". (Le Scalpel, 1938, Nr. 3, S. 80/88).

OWENSBY.—"The Convulsive Treatment of Mental Disorders". (Commentator of the Owensby Clinic, Bd. 3, Nr. 2, Marz 1938).

PENTA.—"Orientamenti terapeutici nelle schizofrenie". (La Riforma Medica, 1937, Nr. 51, S. 1817/22).

POLLACK.—"The present status of the treatment of Schizophrenia". (Medical Times, August 1937, S. 403/8).

PERALTA V. OCTAVIO, (Clínica del Prof. A. Vivado O., Santiago de Chile).—La Convulsivo-Terapia en la Esquizofrenia.—Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas. Publicación de la Universidad de Chile.— Año III, Nº 9. Abril 1938.

RIBBELING.—"On some practical details and the prevention of difficulties during the treatment of schizophrenia according to von Meduna". (Psychiatrische en Neurologische Bladen, Jan.-Feb. 1938. S. 86).

SILVEIRA.—"Contribuicão para o tratamento convulsivante nos eschizophrenicos. Tentativa de explicacão para os resultados". (Revista da Associacão Paulista de Medicina, Bd. XI,Nr. 3, Sept. 1937, S. 181/834

STEINBERG.—"The Metrazol Treatment of Dementia Praecox". (The Psychiatric Exchange of the Illinois. State Institutions, Jan. 1938, S. 23/24).

STRECKER.—"A Comparation of Insulin and Cardiazol Convulsion Trerapies in the Treatment of Schizophrenia". (The Lancet, 12 Febr. 1938, S. 371/75).

WORTIS.—"Metrazol versus Insulin in the treatment of Schizophrenia". (The Journal of the American Medical Association, Bd. 109, Nr. 18, 30 Oct. 1937 S. 1470).

YAHN.—"Modernos tratamentos da Eschizophrenia". (Revista da Associacão Paulista de Medicina, 1937, Nr. 3, S. 125/41).

ZERBINI.—"Accesso convulsivo provocato in schizofrenici: nota preventiva sul comportamento di alcuni valori ematologici". (Note e Riviste di Psichiatria, Oct.—Dec. 1937).

Tratamento da esquizofrenia

Pelo Professor Dr. HEITOR PERES

TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA

Heitor Péres

Livre-Docente da Clínica Psiquiátrica da Faculdade Nacional de Medicina.—Assistente da Divisão de Assistência a Psicopátas.—Secretário Geral da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal.

A CONVULSOTERAPIA DA ESQUIZOFRENIA E SEU ALCANCE MÉDICO-SOCIAL

Não faz muito escreviamos que a esquizofrenia é o grande problema da patologia mental, constituindo uma verdadeira calamidade social. (1) E este conceito expendido singelamente é confirmado por todos aquêles que lidam no terreno da psiquiatria.

Já vai longe a data em que Bleuler alargou a demência precoce de Kraepelin; de 1911 para cá muito se discutiu, mas a equação armada pelo psiquiatra de Zurich permanece, nas suas linhas gerais, quasi integra.

O tempo tem-se encarregado de demonstrar que uma concepção clínica tida como exagerada, evidenciou, antes de tudo, um grupo nosológico de capital importância, e que se transformou em eixo

(1).—Heitor Péres.—Esquizofrenia latente e sua importância médico-legal. Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria. Nov.—Dez.—1933.

em torno do qual gravitam os mais sérios problemas da clínica e da assistência psiquiátricas.

Infelizmente, por suas proprias condições, não entrou ainda a esquizofrenia oficialmente para o ról dos grandes flagelos sociais, como a tuberculose, a lepra, o cancer, a mortalidade infantil, etc. As iniciativas oficiais ainda não a "descobriram" e vai ela confundida com as outras entidades mórbidas, sendo despresada pelas grandes campanhas sanitárias; aquêles flagelos e mais a sífilis, as cardiopatias e o reumatismo, ao par de estudadas pelos especialistas, são cuidadas carinhosamente pela iniciativa oficial que completa a ação dos primeiros, dando um aspéto amplo á luta de tais males.

Entretanto, não carecemos de descer a detalhes para provar que não devia ser assim.

O psiquiatra, sósinho, investiga a doença, estuda-lhe as causas e as variantes, procúra surpreendê-la por todos os lados, mas não se vê amparado por medidas que completem a sua ação, de maneira a permitirem um combate mais uniforme e intenso ao mal. Vai até a terapêutica, isolado, sem poder aplicar, o que conseguiu, a grandes cifras de doentes. E por fim tem que se convencer da sua derrota. Ainda necessitamos que venham a nós os favorecidos pela fortuna para de vêz estudar e combater sériamente a esquizofrenia; depois, os governos se convencerão e encamparão a vitória já em meio.

São de fáto edificantes os dados fornecidos pelas estatísticas no que toca á esquizofrenia. A começar pelo Brasil, o problema da super-lotação é centralizado pela dita enfermidade. Em investigações que realisámos em colaboração com Cunha Lopes (2), no Hospital Psiquiátrico, estabelecimento destinado aos doentes agúdos do Rio de Janeiro, encontrámos cerca de 15% de esquizofrênicos para o total de internados; este número duplica (31.40) realisada a estatística para todos os Hospitais do Distrito Federal, incluindo os dois Hospitais Colônias, para crônicos. Os elementos fornecidos por

(2).—Cunha Lopes et Heitor Péres.—Quelques aspects étiologiques de la schizophrenie.—Considérations statistiques.—Rev. Sud-Américaine de Méd. et de Chir.—8 Août.—1934.

outros Estados se equiparam. Calculado em 20.000 o número de psicopátas internados em todo o Brasil, teremos cerca de 5 a 6,000 esquizofrênicos hospitalizados.

Mesmo considerada respeitavel esta proporção, ainda assim fica a dever das arroladas em outros países. Vejamos, ào acaso, algumas delas.

No Perú, Honorio Delgado (3), para o ano de 1933, encontrou 47.94% e 51.24% de casos de "demência precoce e psicoses visinhas", respectivamente en doentes provenientes da Capital e de fóra da mesma, internados no único hospital existente no Perú.

Cunha Lopes, em trabalho recente, (4) citando Gruhle, diz o seguinte: "Na Europa, em Heidelberg, Hans W. Grulhe observou 23.9% sobre todas as admissões. Esta frequência ascende a 33.8% das admissões exluidos os casos neurológicos e de simples psicopatias, e a 53.3% das grandes psicoses (esquizofrenia, loucura maníaco-depressiva, paralisía geral e epilepsia). Ademais, estas altas cifras, diz Gruhle, caracterizam a importância social da esquizofrenia".

Mira (5) insere a estatística de 1932, para a Espanha, encontrando internados 41,24 de esquizofrênicos.

Semelhantes são os dados de Bersot (6) que para o período de 1919 a 1932, dá para as primeiras admissões em todos os hospitais da Suissa, uma cifra de 42,1%.

U. De Giacomo (7) dando como 74.000 o total de psicopátas internados na Italia, diz: "una metá almeno di questa grande massa umana é constituita del bizarro esercito dei dementi precoci", acres-

---

(3).—Honorio Delgado.—La Psychiatrie et L'Higiène Mentale au Pérou Higiène Mentale.—Sept.—Oct.—1936. Paris.

(4).—Cunha Lopes.—Psicopatologia Etnica.—A mestiçagem no Brasil sob o ponto de vista psiquiátrico; dados estatísticos e conclusões.—Ilustração Médica.—149—172.—Nov. e Dezembro, 1938.

(5).—Emilio Mira.—Manual de Psiquiatria.—1935.—Salvat Editores S. A.—Barcelona.

(6).—H. Bersot.—Que fait-on en Suisse pour les malades nerveux et mentaux?—Ed. Hans Huber.—Berne.—1936.

(7).—U. De Giacomo.—Sui Risultati Della "Terapia Stimolante" Nell' Amenza e Nella Demenza Precoce.—Est. de "La Medicina Internazionale. — Num. 12.—Dez. 1933. XII.—Milano.

centando que estes, no Hospital Psiquiátrico de Agrigento, chegam à proporção de 56%.

Gaupp (8), em trabalho recente, refere que há atualmente na Alemanha 270.000 doentes mentais hospitalizados, dos quais 190.000 quasi, são esquizofrênicos, n'uma proporção de 75%.

H. Bersot e Maurice Desruelles, (9) registam para as psicóses esquizofrênicas encontradas nos hospitais da U. R. S. S. as seguintes proporções: mulheres 54.2% e homens, 49.3%.

E assim, por toda parte as estatísticas afinam pelo mesmo diapasão assustador.

Até cinco anos atráz, em materia de terapêutica da esquizofrenia, os progressos vinham-se fazendo lentamente; ademais os processos empregados, além de não corresponderem á espectativa pois que ainda apresentavam coeficiente relativamente baixo de "recuperações", dificilmente se mostravam uteis do ponto de vista prático, isto é, não se prestavam ao uso em grande escala. Acentuando este aspéto escrevemos, ha alguns mêses: (10) "Dentre as armas de que até bem pouco tempo dispunhamos, três eram por nós mais usadas,—a piretoterapia, a readaptação precoce e a praxiterapia........ Pensamos que do ponto de vista da prática, há duas esquizofrenías: a da clínica privada e a do hospital público. Na primeira tudo se póde tentar; na segunda, pela grande massa de doentes, pela falta de meios, o tratamento é praticado apenas em uma minoria insignificante".

As estatísticas que inserimos na primeira parte deste trabalho confirmam e justificam os conceitos que acabamos de transcrever.

---

(8).—Robert Gaupp.—Les tendences du développement de la psychiatrie allemande. An. Méd. Psychologiques.—Nº 3: 321-359.—Octobre, 1938.

(9).—H. Bersot et Maurice Desruelles. — L'assistance aux aliénés en Europe.—Pays Slaves. U. R. S. S. (supplément).—L'Higiène Mentale.—6: 87-112.—Juin 1938.

(10).—Heitor Péres.—Reflexões sobre a moderna terapêutica da esquizofrenia, — resposta a Baruk. Ilustração Médica.—90-94: Maio-Junho—1938. Rio.

Quem tentar arrolar os tratamentos propostos para combater a esquizofrenia, verificará o número enorme de tentativas feitas, as mais variadas e dispares, umas partidas de conceitos doutrinários apriorísticos quasi todas de cunho empírico; poucas resultaram convincentes e permaneceram na ordem do dia.

A revisão, a descrição de tais processos seria longa e fastidiosa. Contudo, para só citar os mais conhecidos, lembremos es seguintes, que abrangem todos os setores da terapêutica.

Opoterapia, quando a endocrinologia ensaiava os seus primeiros passos, sendo usados os extratos glandulares únicos ou múltiplos; hoje, com as aquisições modernas, surgiu a hormonoterapia em especial a das glandulas sexuais e da hipófise. Vitaminoterapia, iniciada pelos autores italianos e que no nosso meio foi introduzida por Cunha Lopes; átualmente esta terapêutica, com o avanço da bioquímica, vem tendo verificações experimentais que lhe conferem caráter mais científico; neste capítulo têm sido ensaiados especialmente o ácido ascórbico e a vitamina *B* 1 (aneurina). O conceito de infeção focal introduzido por Rosenow, levou alguns autores a transplantarem tais idéas para a patologia mental, tendo como consequência terapêutica a eliminação dos fócos infeciosos e preparação de auto-vacinas curativas (11); já antes tivéramos o processo de Bayard Holmes, que propoz a amputação do cólo e irrigações com sulfato de magnésia; Forestier e Baruk, intensificaram esses estudos, chegando-se ao emprego da vacina-colibacilar, que culminou na criação da catatonia colibacilar de Baruk (12). A repercussão de tais teorias, levou á caça das infeções encobertas mórmente foi a infeção dentária a mais responsabilizada; como corolário disto vimos, nos esquizofrênicos e em outros doentes mentais, verdadeiras desvastações.

A tuberculinoterapia tambem teve largo emprego dada sempiterna idéa da correlação esquizofrena-tuberculose, hoje remoçada

(11).—Gimbier Rambaud. — Rôle de l'infection focale dans certaines pyschoses.—Presse Médicale.—1479-1840—Nº 81—10 Oct. 1931.

(12).—H. Baruk.—Catatonie Colibacilaire. — In Psychiatrie Médicale, Physiologique et Expérimentale.—280-289—Masson et Cie. Édit.—1938.

sob outros aspétos e fundamentos; a vacina de Friedmann não foi esquecida, bem como o sôro Ravettlá-Pla.

E do mesmo modo surgiram e ressurgiram, a raquiterapia (sôro inátivado de cavalo—Carrol), a hepatoterapia, a auto e heterohemoterapia (sangue de placenta), a quimioterapia estimulante (estricnina, lecitina, etc.).

Entre nós tem sido Henrique Roxo (13) paladino da fitoterapia, sob a fórma de extratos fluidos, sobretudo os de mulungú, lúpulo, alface, associados ao brometo de cálcio. Convém não esquecer que a psicanálise foi desde logo empregada na esquizofrenia; muitos psicanalistas convictos, pretendiam vencer a introversão esquizofrênica, analisando os seus doentes e, pela sublimação dos complexos geradores dos conflitos ou por outro meio, fazê-los tomar o contáto com a realidade. As dificuldades do método e a fixação definitiva da projeção do *eu* verificada na maioria dos casos, levaram-no ao quasi desuso. E, por fim, é interessante lembrar que até a cirurgia, já preconizada pòr Bayard Holmes, veio, com Egas Moniz, intervir no combate à esquizofrenia; a leucotomia cerebral ensaia os seus primeiros e vacilantes passos, já tendo chegado até nós (14).

De todos os processos que acabamos de perfuntóriamente relatar, muito pouco subsíste; tiveram vógas as mais diversas, e, uma vêz por outra, repontam, rejuvenescidos ou modificados.

No capítulo dos chamados *métodos somáticos* de tratamento da esquizofrenia, dois despertaram a atenção dos investigadores e até hoje vêm sendo ensaiados. Queremos nos referir á narcose prolongada e á piretoterapia. O primeiro, empregado como terapéutica geral desde Griesinger, foi estandardizado desde 1921 por Klaesi e seus colaboradores.

Varias substâncias fôram usadas, sendo que o sonifeno por via endovenosa é o mais conhecido; na Suissa, sobretudo na clinica de Burgholzli, é adotada a mistura narcótica de Cloetta, por via retal,

---

(13).—Henrique Roxo.—Modernos tratamientos de las esquizofrenias.—Rev. de Crim. Psiquiatria y Méd. Legal.—Ano XX. Nº 19—Sept.-Oct. 1933.

(14).—A Mattos Pimenta.—Leucotomia cerebral.—Arqs. Ass. Geral a Psicopátas do Est. de São Paulo. Nº 1: 259-266, 1938. São Paulo.

enquanto que os autores americanos são adeptos do amital e do dial, pela mesma via. Palmer e Paine (15), relatando as suas experiências, fazem uma comparativa das estatísticas de Oberzholer, Moser, Bleckpenn e Lutz, onde se verificam, em referência aos casos de esquizofrenias, resultados os mais dispares. Alias, Palmer e Paine concluem assim:

"Our results indicate that the greates success with this form of treatment can be antecipated in the manic-depressive group. This is directly opposed to the findings of several investigators — who regard sodium amytal as a specific therapeutic agent in schizophrenia....."

M. Boss (16) diz que muitos autores pretendem que a cura pelo sono prolongado da resultados apenas nas formas cíclicas da esquizofrenia, as quais curam espontaneamente.

Diethelm (17), tratando do "prolonged sleep treatment", opina que, "catatonic-reactions with marked affective admixtures are considered especially suitable", mas fazendo ver que não constitúe a esquizofrenia a principal indicação da narcose prolongada.

Todos os autores referem as dificuldades e os perigos do método. Marcell Monnier (18), dizendo que o mesmo tem sido aplicado sem as devidas precauções, cita a estatística de 1925, de Müller, em que este registou 15 mortos para 311 casos, tratados em 17 países diferentes. Arrolando as contra-indicações que são em não pequeno número, o mesmo autor dá as principais complicações da narcoterapia, das quais as mais temiveis são o edêma pulmonar e a pneumonia, que surgem mesmo seguindo-se a alimentação por via-rétal,

---

(15).—Harold D. Palmer and Alfred L. Paine.—Prolonged Narcosis as Therapy in the Psychoses. — The Amer. Journ. of Psychiatry. I: 143-164. 143-164. July, 1932.

(16).—M. Boss.—Indications et effects de la cure de sommeil.—Comptes Rendu XL Congrès des Méd. Alién. et Neur. de France et des Pays de Lang. Franc.—515-517.—Juillet, 1936. Bâle-Zurich-Berne-Neuchâtel.

(17).—Oskar Diethelm—Treatment in Psychiatry 165-168. The Mac Millan Comp. Publisher, 1936.

(18).—Marcel Monnier—Le traitement des psychoses par la narcose prolongée; sa technique actuelle; ses résultats. Comptes Rendu XL Congres Méd. Alién. et Neur. de France et des Pays de Langue Franc.: 518-523. Juillet, 1936. Bâle-Zurich-Berne-Neuchâtel.

aconselhada desde 1929, por Lutz. Praticando na clínica de Maier, de 1930 a 1934, 125 narcoses terapéuticas, Monnier teve os seguintes resultados: melhoras 42%; recaídas 48% e interrupções 11%; não se refere á cura ou remissão completa. Entre nós a narcose prolongada não logrou fortuna, especialmente como terapêutica curativa da esquizofrenia; as tentativas feitas não fôram de molde a impressionar bem. Temo-la usado, em algumas oportunidades, como tratamento sintomático dos grandes estados de excitação psicomotora que surgem na psicóse maníaco-depressiva e na esquizofrenia.

Quanto á piretoterapia, póde-se dizer que nasceu dos trabalhos de Wagner—Jauregg—quando este lançou a malarioterapia e fundamentou a sua técnica, visando combater a paralisia geral. Interpretada a principio apenas como agente piretógeno, donde logo surgiram argumentos demonstrando que a malária agia por um mecanismo biológico complexo onde se podia arrolar como fatôr ponderavel o choque humoral que permite o renascimento dos processos munitários, — em uma palavra, a estimulação da defêsa orgánica; com isto surgiu a chamada *terapêutica de choque ou estimulante* logo empregada por meio de variados agentes, físicos e biológicos, quasi todos tendo como índice principal a febre; daí confundirem-se terapêutica de choque e piretoterapia, esta, sendo realmente apenas uma modalidade da primeira.

Multiplicados os prócessos piretoterápicos, multiplicaram-se tambem as suas indicações; e, fóra da paralisia geral tem sido a esquizofrenia a afeção mental mais visada por esta arma terepêutica. Até o advento dos métodos de Sakel e de Meduna, não é erro afirmar que a piretoterapia constituia, em toda parte, o tratamento mais empregado na esquizofrenia.

No que nos toca, confessamos que a febre artificial nos proporcionou bons resultados; empregando-a frequentemente, e completando-a com a alta precoce e a praxiterapía, não tinhamos dela má impressão. Contudo, devemos declarar que, para conseguirmos assim margem satisfatória de bons éxitos, o nosso esforço era redobrado, e não se via duplicado e alargado, pois que quasi nunca a terapêutica piréxica vencia isoladamente; ademais, a sua ação sempre se faz lentamente e os resultados, na maioiria, remotos. Como agente

piretógeno damos preferência ao enxofre ou ao leite, associado ao ouro, conforme recomendaram Claude e sua escola.

Parece-nos que este nosso conceito é confirmado pela grande maioria dos autores. Neste particular os psiquiatras italianos têm grande experiência, já que, a piretoterapia tem sido por êles empregada largamente.

Domenico Pisani (19) colaborador da obra de Moglie e Fumarola, arrola farta literatura concernente á piretoterapia, descendo a detalhes estatísticos interessantes, variados, comparando o valor dos diversos processos nas psicopátias luéticas e não luéticas, num total de 11.185 casos, sendo que as últimas em número de 2.679. Verificando as remissões completas no grupo não luético registou, para a esquizofrenia, a proporção da 9.9%; nesta percentagem figuram como agentes mais ativos as infeções artificiais por germes vivos (Malaria 39%; febre recorrente 14%), o enxofre (27,7%) e os germes mortos (18%) sendo que a tuberculina figura com 4,1%.

U. De Giacomo, na publicação que citámos no inicio, referindo as suas experiências, diz que Nutini organisou uma tabela com os resultados de 1791 casos recolhidos na literatura mundial, onde se encontram as seguintes percentagens: curados 10%; melhorados 60% inalterados—30%. Por sua vez, U. De Giacomo, completando a tabela de Nutini, acresceu-lhe mais 567 casos novos de outros autores, encontrando 10% de curados e 38% de melhorados.

Maier (20), de Zurich, pensa que as estatísticas de Pisani são muito ótimistas, pois as observações feitas na Suissa, segundo êle, não são muito favoraveis á piretoterapia. Cita um quadro estatístico elaborado por Menninger em que este autor, em 1931, recolheu na literatura psiquiátrica 1.600 casos, tratados pela febre ou por uma infeção artificial, cujos resultados são muito variaveis, pois oscilam de 0 a 70% de bons êxitos.

(19).—G. Fumarola e G. Moglie.— La terapia delle mallatie nervose e mentali.—Luigi Possi, Edit. Roma.

(20).—Hans W. Maier.—La thérapeutique Des Psychoses Dites Fonctionelles.—Rapport de Therapeutique Psychiatrique.— Comptes Rendu XL Congrès Alién. et Neur. de France et des Pays de Langue Franc.: 301-320. Juillet, 1936. Bâle-Zurich-Berne-Neuchâtel.

Completando esta visada do que até bem pouco tempo estava em fóco no tratamento da esquizofrenia, convirá ser lembrada a terapêutica pelo trabalho, método mixto que muito tem de psíquico como de fisico. De maneira geral quasi, a ocupação terapêutica tem sido tentada, como complemento ou posteriormente aos metodos que já referimos, visando a readaptação social ou salvar os casos rotulados de perdidos. Os estabelecimentos bem organisados conhecem, em tales casos, os frutos da praxiterapia; mas os resultados são colhidos, na maioria, no sentido da "remissão manicomial ou hospitalar". Quando éramos assistente no Hospital-Colônia de Jacarepaguá, tivemos ocasião de apreciar os efeitos da terapéutica ocupacional nos esquizofrênicos cronificados; e, de perto, sentimos todos os seus precalços, apreendendo-lhe bem a extensão.

Nos casos agudos, infelizmente, poucos poderão falar como Simon ou como Carl Schneider, que vencem todas as dificuldades e conseguem aplicar o recen-doente ao trabalho sistematizado. Em publicação recente, colaborando com Waldemiro Pires (21), fizemos ressaltar as caracteristicas primordiais de uma organisação hospitalar que a tal se proponha.

Acabamos de passar em revista as forças principais mobilizadas para o combate á esquizofrenia até poucos anos atráz. Desde o advento do metodo de Sakel, o panorama terapêutico da temivel psicose endógena modificou-se profundamente; a orientação tomou o rumo dos métodos biológicos. Temos a impressão que a insulinoterapia teve um grande mérito, qual o de fazer renascer na spiquiatria a crença nos processos curativos, fase bem comparavel á dos primeiros tempos da malarioterapia. O psiquiatra, e com mais razão os não especialistas e os leigos, mantinham a respeito da solução do problema—esquizofrenia grandes reservas, considerando-a com muito pessimismo. A luta tornára-se ou sempre permanecera monóto-

---

(21).—Waldemiro Pires e Heitor Péres.— A. Terapêutica Ocupacional. Archivos Brasileiros de Medicina, Nº 3.: 77-86, Março, 1938. Rio de Janeiro.

na, desigual. Sakel, instituindo o coma hipoglicêmico despertou novas energias e infundiu coragem. E ainda o novo método apenas despontava, levantando polêmicas, á espera da sanção do tempo, já outro surgia, como êle, violento, e vindo do empirismo, mas com diferenças que o faziam mais destacado. Meduna, com a convulsoterapia cardiazólica, mais acentuou o interesse que para a esquizofrenia fizera convergir Sakel. Não importa verificar aqui a questão da prioridade, nem tampouco si um foi consequência ou destaque do outro; a este respeito já se expressaram os seus autores (22 e 23), em pontos de vistas próprios e por iso mesmo respeitaveis. O que vale é focalizar o grande influxo que os dois processos trouxeram aos arraiais psiquiátricos, despertando-nos do torpor em que estavamos. Com êles a terapêutica na medicina mental, de quasi expectante que era transfundiu-se em intervencionista,—átivou-se.

No nosso meio, como alhures, os dois métodos se sucederam tão rapidamente que o primeiro surgido, — o de Sakel, não tinha siquér permitido uma larga experiència quando o outro, — o de Meduna, passou logo a ser ensaiado.

Não vamos aqui empreender o cotejo entre os dois, dado que hoje já os mesmos não pódem ser tidos como concurrentes; a tendência é para que se completem, se associem ou se sucedam. As suas indicações, dia a dia, vão-se precisando e o campo das aplicações vai-se dilatando.

Vimos, no inicio deste trabalho, porque e como constitúe a esquizofrenia um sério problema para o médico, para o hospital, para a sociedade, para as nações, para os povos, emfim; acentuamos muito de propósito, o esforço dispendido para se chegar á solução terapêutica, esforço este traduzido na infinidade de fórmulas propostas, todas de resultado precário, pois que o que se deve ter em

---

(22).—L. von Meduna.—The significance of the consultive reaction during the insulin and the cardiazol therapy of schizophrenia; The Journal of Nervous and Mental Diseases: 133-139. February, 1938.

(23).—Manfred Sakel.—On the significance of the epileptic convulsions as a therapeutic factor in the pharmacological shock therapy of schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Diseases: 140-155. February, 1938.

mira é a coletividade esquizofrenica, é a massa asfixiante de doentes, e não os casos isolados.

Isto posto, justifica-se a aceitação de medidas mesmo que venham brutalmente entrar em conflito com a mediocridade e planura dos processos até então em voga. Dizia-me, há bem pouco, conceituado e respeitavel colega, sublinhando ironicamente a violência das terapêuticas atuais, que nós, psiquiátras, nos constituimos agora em "brigadas de choque". Outros falam em *traumatoterapia*. Nenhum (porém, esquece que os meios brutais que empregamos são-nos impostos pela contingência da nossa propria fraquêza em face do calamitôso *morbus*. E a grande maioria, a quasi unanimidade, prefere a violência do método á atitude platônica ou ás práticas inócuas.

Deste geito, como o de Sakel, e com mais amplitude que êle, o método de von Meduna trouxe ao meio psiquiátrico ânimo novo. Haja visto o que em praso relativamente curto se passou. Ás Sociedades médicas, científicas, de todo o mundo, afluiram comunicantes, comentadores, a discutir, a debater, calorosamente, o mesmo tema. Revolveram-no, ponto por ponto. A esquizofrenia foi relembrada; o seu estudo reencetado, e desta vez, por uma pléiade numerosa de investigadores, foi ela posta na órdem do dia. Tudo isto parecerá insignificante e destituido de valor, si não olharmos o que era o panorama médico-psiquiátrico antes do momento em que vivemos, quando grupos isolados, silenciosos, entibiados, prosseguiam numa produção fraca e que não ultrapassava os seus próprios limites. Hoje até o intercâmbio técnico-científico é mais intenso, estabelecendo uma corrente de idéas uniforme, com uma orientação certa. A atestar isto estão centenas de revistas e publicações incidindo e focalizando a mesma questão. Assim, ninguem póde negar a importância da nova terapêutica na produção e e no trabalho medico especializado.

Outro ponto que merece ser destacado é a transformação que se operou no ambiente dos hospitais psiquiátricos, transformação esta traduzida na mobilização do pessoal médico e de enfermagem; os estabelecimentos transformaram-se em centros de grande operosidade, perderam o aspéto marasmático. Isto, aliás, que é acentuado

por vários autores, tem um alcance bem maior do que se julga, alcance este anotado por Teenstra (24) quando se refere aos hospitais da Holanda: "Je n'ai pas besoin de dire que de ce fait, le renom des asiles s'est considerablement amelioré". É uma repercussão que ultrapassa o âmbito propriamente médico.

E Forel, (25) confirmando este conceito, diz o seguinte: "Ces méthodes auront un avantage indirect: elles contribueront à la transformation de nos asiles en hôpitaux psychiatriques".

Esta influência benéfica para o ambiente hospitalar, travestido, então, em organismo vivo, expressa, evidentemente, a modificação da mentalidade do corpo técnico, modificação esta vantajosa para o doente, que passou a merecer maior cuidado e mais acurada observação. O esquizofrênico, por causa deste novo estado de coisas vem sendo esquadrinhado em todos os sentidos, examinado intensivamente nas suas mais complexas creações: psicológicas, metabólicas, neuro-endócrino-vegetativas, etc. Foi êle por força disto, *somatizado;* e as pesquizas que os novos métodos despertaram e sugeriram, respondem bem áquêles que, permanecendo intransigentemente alheios ao movimento geral, rotulam os nossos esforços de *licenciosidade terapêutica* ou coisa equivalente. A violência dos processos não tem implicado em descaso ao preparo prévio e seleção perfeita dos doentes. Muito ao contrário, hoje, mais que nunca, o psiquiatra, conciente da arma que está usando, é obrigado a se ater mais particularmente ao *internismo,* interpretando e analisando fenômenos que antes relegava a plano secundário.

E esta preocupação mais direta com o doente, necessária e obrigatória antes da aplicação do tratamento, prossegue durante êle, e, depois dêle, então orientada no sentido psicoterápico, tratando do ajuste e da readaptação da personalidade que se vai reconstruindo.

Quem quer que tenha lidado com os dois métodos não poderá deixar de subscrever estas nossas considerações; mesmo que se não

---

(24).—Enquête de Vie Médicale. Nº 12: 391-402. 25 Juin, 1938. — "Diagnostic, prognostic et thérapeutique de la démence précoce".

(25).—Enquête de Vie Médicale (mesmo numero citação anterior).

comungue nas mesmas práticas, ter-se-á que chegar a conclusões idênticas.

Os aspétos que tracejamos rapidamente são consequentes dos dois metodos, ambos orientados no mesmo sentido. Não poderiamos, a tal respeito, dizer, com precisão, a qual dos dois cabe o maior contingente. Por condições especiais, entretanto, a convulsoterapia vem tendo maior difusão. Da análise dessas condições resultará verificar então as virtudes inerentes ao método de Meduna, tarefa a que agora nos propomos, encerrando o presente capítulo.

Assim, merece especial atenção a *técnica* do método, que se póde definir em três palavras: simples, rápida e cômoda. Facilita o trabalho do médico; dispensa qualquer aparelhagem complexa; não exige pessoal de enfermagem muito experimentado. Finkelman, Steinberg e Lieber (26), assim se expressam a este propósito: "The procedure does not require extensive arrangements and can be carried out in any hospital". Ao par disto possibilita, em reduzido espaço de tempo, aplicação numa grande cifra de doentes economiza destarte, esforço e tempo. Ademais, a própria duração do tratamento, que nos casos resistentes e menos favoraveis é prolongada pois que se vai ao máximo de trinta crises, em média é de dez semanas, isto é, número igual de crises.

Correlata a essas vantages é a possibilidade da sua aplicação ambulatória. No nosso meio isto vem sendo bem aproveitado. Ao par de ser prático, para o doente e para a familia, é econômico, evita a admissão do indigente, que iria ainda mais superlotar o estabelecimento público, e diminúe a despesa do doente particular, pensionista.

No ambulatório-psiquiátrico da Policlínica de Botafogo, sob a chefia de Pernambuco Filho, ja temos praticado a convulsoterapia. No Sanatório Botafogo, Adaudo Botelho instituiu esta prática, já tendo sido tratada uma grande cifra de doentes. Zacheu Esmeraldo faz a mesma coisa no Dispensário da Fundação-Gafrée-Guinle.

---

(26).—Isidore Finkelman, Louis Steinberg and Erich Lieber. — The treatment of Schizophrenia with metrasol by production of convulsions. The Journal of Am. Med. Assoc. Nº 10: 706-709. 5 march, 1938.

Mesmo em residência, pratica-se entre nós o método. Ademais esta aplicação ambulatória facilita o tratamento, pois que muitos doentes, pela ogeriza que as famílias têm da internação manicomial, só em fase muito adiantada da doença são levados á presença do médico. Assim, contorna-se o pré-julgado do público, e consegue-se combater o mal em início. E sabido como é, que para qualquer terapêutica, o caso recente tem maior chance. percebe-se facilmente a vantagem da cardiazototerapia. Sabemos, é verdade, que muitos doentes tomam, desde logo, pavôr ao processo. Mas, neste particular, temos a seguinte impressão: os casos ditos bons, que reagem favoravelmente ás primeiras injeções, tambem mais facilmente são influenciados pela convencência e pela persuasão; chegam sempre ao fim do tratamento. Os casos considerados difíceis, apresentando reações anti-sociais, estes, terão o recurso da hospitalização.

Outro fator apreciavel do tratamento pelo cardiazol é o reduzido número de contra-indicações; é verdade que ás assinaladas por Meduna—enfermidades febrís e cardiopatias, têm sido ajuntadas outras. Assim, Honorio Delgado (27), com muita razão inclúe a prétuberculose, o estado carencial cálcico, aviso que entre nos foi aceito, levando-nos a durante o tratamento, em doentes desmineralizados e depauperados, instituir a medicação e a dieta adequadas. Além disto, é razoavel que sejam assinaladas as afeções óseas, as renais graves, os síndromos vásculo-hemorrágicos e o bócio. A idade, baixa ou avançada, não tem sido contra-indicação. Somos do aviso de Adauto Botelho que emprega o método em indivíduos até de 50 anos. Claude (28), relatando as observações da clínica sob sua direção, declara excluir todos os esquizofrênicos acima de 40 anos. Pensou-se que os individuos idosos estariam eliminados em virtude da incidência da hipertensão arterial. Ora, esta que impossibilitava o método, hoje, em cifra média, não constitúe obstáculo. Adauto

(27).—Honorio Delgado.—Tratamiento de la esquizofrenia con cardiazol a dosis convulsivante. Revista de Neuro-Psiquiatria.—Nº 1: 19-50. Marzo, 1938.

(28).—H. Claude et ses collaborateurs. Resultats àctuellements obtenus à la Clinique Psychiatrique de Paris par l'insulinothérapie et le cardiazolthérapie. An. Méd. Psychologiques. Nº 2: 213-218. Juillet, 1938.

Botelho (29) que é deste parecer, cita Brogi que, em um paciente com tensão máxima de 28 provocou, sem o menor incidente, oito crises convulsivas.

Limítrofe ás contra-indicações é a questão dos acidentes. Já com a abstenção em doentes imprópios ao método, já com o preparo preliminar, e ainda com a observação de uma tecnica segura, diminúe-se, de muito, a margem de perigos. A convulsão terapêutica, que a principio dramatizava o espirito do técnico, átualmente é olhada com mais naturalidade. Pessoalmente não nos temos que queixar do processo; já tendo provocado centenas de crises convulsivas, até agora, felizmente, só tivemos dois acidentes: um, o mais banal, luxação temporo-maxilar, e o outro uma apnéa, muito longa, mas que foi jugulada, obrigando-nos por precaução a suspender o tratamento. Sabemos que se têm registado outras espécies de acidentes, sobretudo fraturas; entre nós, sabemos, mesmo, de um caso de fratura de coluna vertebral. Casos de morte, no nosso meio, com segurança, não sabemos de nenhum. É certo que a literatura mundial regista alguns casos fatais, entre os quais 2 de Briner de Berna, devidos á compressão traqueal por bócio, á embolia pulmonar, mas os êxitos letais têm sido em número insignificante. Aliás, tendo em vista que ainda estamos na fase inicial do método, quando ainda não se precisaram bem todas as normas profiláticas dos acidentes, quer dizer, num período de ensaio e de natural entusiasmo, ponderemos que a porporção dos contra-tempos tem sido mínima e de relativa benignidade.

A ese respeito comparado com a malarioterapia nos seus primórdios, leva o método de Meduna grande vantagem.

É de interesse tambem focalizar mais um aspéto que acentúa o valor da convulsoterapia. Queremos nos referir a sua influência, sobre os sintomas accesórios da esquizofrenia. Esta influencia convem frizar, é observada, mesmo nos casos que se não beneficiam de remissão completa. Nos casos favoraveis esses sintomas accesórios são os primeiros a se modificarem.

---

(29).—Adauto Botelho.—Cardiazoloterapia dos esquizofrênicos. Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria. Nos. 3 e 4: 69-86. Maio-Ayosto, 1938.

Sinão vejamos. Com os processos terapéuticos antigos, era quasi obrigatório o auxílio da medicação sedativa; com o cardiazol, a excitação desde logo diminúe; assim, tambem as reações anti-sociais, as crises impulsivas, a agressividade. O método transforma o doente, torna-o mais manejavel, menos perigoso. Claude (30) chega mesmo a dizer: "D'une façon générale, des malades qui exigaient une surveillance de tous les instants et même de moyens de contention (crainte de suicide) on pu être libérés de leurs entraves immédiatement après les premières injections de cardiazol".

Isto, é por todos os autores frizado, tanto que o cardiazol vai-se generalizando como medicação calmante dos estados de excitação em geral; nós mesmo temos lançado mão desta propriedade, em varias oportunidades, com excelentes resultados.

Acresce ainda que o próprio aspéto geral do doente se modifica, tanto no que diz respeito ao estado físico, como no cuidado corporal. Os esquizofrênicos perdem as estereotipias, deixam a sordície, e engordam. Pacientes que antes tinham alimentação forçada, por meio de sonda até, passam a alimentar-se bem e espontaneamente. Ao fim do tratamento ganharam vários quilos no pêso.

Esta transfiguração do esquizofrênico, que se torna calmo, sociavel, próprio, mesmo quando o tratamento não lhe consegue vencer a dissociação e os sintômas primaciais da doença, não é de se desprezar, e póde ser tida como similar á chamada *remissão manicomial,* muito comum á terapêutica ocupacional. Ainda aqui o método de Meduna mostra as mudanças que póde operar no ambiente hospitalar, que se vê livre das grandes excitações e de estados de permanente periculosidade, descansando e desafogando o trabalho e a responsabilidade do médico e do pessoal de enfermagem.

Para rematar este apanhado em que vimos ressaltando as facetas mais apreciaveis da convulsoterapia, fixemos, como termo final, a sua ação curativa. Esta, não queremos encarar em caráter definitivo e como tal chegar a conceitos irretorquiveis. Este aspéto ainda

(30).—Henri Claude.—Diagnostic, prognostic et thérapeutique de la demence précoce.—Vie Médicale. Nº 10: 303-327. 25 Mai 1938.

está por ser fixado nos justos limites. Contudo, do que se tem feito, deduz-se que nas fórmas recentes, a terapêutica é de indiscutivel valôr. Aí estão as estatísticas, que seria supérfluo citar. Todas dão um coeficiente de recuperações, de remissões completas, bem alto.

Sabemos que a esta verificação opõem-se varias contraditas, entre elas a das remissões espontâneas. Mas estas ,além de terem um índice muito mais baixo—30%, segundo Kraeplin assinalou, processam-se de maneira diferente. Não se pódem comparar ás remissões provocadas pelo cardiazol, que são mais rápidas, flagrantemente ligadas ao método. O prático sente e observa a mudança que sofre o doente após a convulsão cardiazólica. Ás vezes esta mudança se opera em poucas horas, coisa muito diversa da evolução lenta com que se costuma processar a regressão espontânea.

Argúe-se tambem outro elemento semelhante ao que aludimos; diz-se que as estatísticas estão cheias de *reações esquizofrênicas*, que pelas suas proprias características desaparecem sem a intervenção do médico. Ainda aqui cábe respigar; sim, desaparecem, mas com o cardiazol o fazem de outra maneira, e mais frequentemente.

Completa-se a crítica á capacidade curativa do método, dizendo que todas as outras terapêuticas tentadas, influenciam tambem os casos recentes. Neste particular, citando tão sómente a piretoterapia e a narcose prolongada, constata-se a desigualdade de resultados. Nenhuma das duas chegou a indices máximos de 91% de remissões totais, nem á media siquer de 60%. Tal diferença é facil de registar, pois na segunda parte deste relatório inserimos alguns dados nesse sentido. Assim, no que toca á piretoterapia, a maior tabela, a de Nutini, dá 10% de curados, o que é confirmado por U. De Giacomo. Para a narcoterapia os dados são ainda menos favoraveis; assim, vimos que Monnier na sua estatística não se refere a remissões completas, dando 42% de melhoras.

Para o cardiazol, a maioria dos autores europeus e americanos, evidenciam uma proporção de remissões completas muito próxima da que registou Meduna no seu trabalho inicial. Entre nós, Adauto Botelho, na publicação que citamos atráz, confirma tais verificações, anotando 63.8% de curas (remissões), incluindo doentes de 1

mês a 10 anos de doença. A nossa experiência pessoal até agora vem registando porcentagens bem próximas.

Parece-nos certo constituir o método de Meduna uma arma eficiente como agente terapêutico dos casos agúdos de esquizofrenia. Seus resultados são melhores que qualquer outra terapêutica das muitas até aqui tentadas que, mesmo ajudadas pelas remissões espontâneas e pelo carater reacional de alguns casos, longe estão de apresentar um grau tão apreciavel de bons êxitos.

Quanto á influência do método nos casos crônicos e no que se refere á sua indicação mais precisa, nesta ou naquela fórma da doença, teremos que aguardar a ação sedimentadora do tempo.

Esta ressalva não significa em diminuição para o método que, aplicado com sucesso nos recen-ingressados na psicóse esquizofrénica, constituirá valioso elemento da terapêutica profilática.

As vantagens que vimos de assinalar para o método de Meduna, condicionam o seu alcance médico-social, e tocam bem de perto aspétos que o psiquiátra não póde desprezar.

De fáto. O método, antes de tudo tem despertado o interesse do clínico e do experimentador. Anima uma plêiade enorme de estudiosos que, percucientemente colaboram para o seu aperfeiçoamento, concorrendo para que definitivamente o problema médico da esquizofrenia seja desvendado e tenha a adequada solução terapêutica. Mas, ao lado desses pesquizadores, que *batem a rota*, há, evidentemente, logar para os que olham a esquizofrenia, antes de tudo, como uma grave questão de medicina social que a encaram, por outros ângulos, tendo em vista o interesse técnico-administrativo, sopezando-a na balança econômico-orçamentaria.

Daí estar justificado que fizessemos num têma aparentemente superficial a exegése dos atributos que conferem ao método de Meduna uma posição de destaque no panorama terapéutico da esquizofrenia.

Conhecer a incidência da doença, constatavel pela crescente superlotação dos hospitais, com todas as suas consequências econômicas,

administrativas, que ultrapassam de muito o âmbito médico e fluem desastrosamente para a sociedade; verificar, á guiza de sociólogo, a desvalorização que a esquizofrenia impõe ao indivíduo considerado como *capital humano;* é sentir a importância e o valor de quaisquer meios que venham facilitar-nos a tarefa ingente de melhorar a situação vexatória em que nos encontramos em face de nós mesmos, como médicos e como cidadãos.

Deontología na practica do Seguro Social

Pelo Professor H. TANNER DE ABREU (Río de Janeiro)

DEONTOLOGIA NA PRATICA DO SEGURO SOCIAL

Pelo Professor H. Tanner de Abreu (Rio de Janeiro)

Absorvido por preoccupações de um utilitarismo desmedido o homem se tornou por demais ambicioso e egoista. Nessa disposição de animo corre elle em busca da maior somma possivel de utilidades e se esforça por obter os recursos necessarios e, mais ainda, meios fartamente abundantes, mais do que sufficientes para se cercar de todo conforto e de luxo excessivo. No ambito estreito desse ideal mesquinho, limitado á materialidade da vida, esquecido o homem dos altos designios a que é impellido pela sua espiritualidade e desprezando os delicados e mui elevados problemas de orden moral, esgota toda a sua actividade na conquista dos bens materiaes. E, assim, é bem de vêr cresce o egoismo, augmenta a ambição e não se pode contar com qualquer movimento de generosidade, com algum gesto de desprendimento em favor do proximo. D'ahí a lucta travada entre os individuos das classes mais favorecidas e os das classes menos favorecidas da sorte, como melhormente e com mais clara evidencia se observa no mundo industrial entre patrões e operarios.

Em vez de se constituirem collaboradores cheios de bôa vontade, uns e outros se enchem de prevenções e se tornam inimigos.

Esse quadro, singelamente e mui ao de leve aqui esboçado, teve predominio e grande realce no seculo proximo passado.

Soffriam os mais fracos, que, afinal, comprehenderam a necessidade de se reunirem, de se juntarem em associações e a vantagem que lhes advinha do grande numero, da massa, de maneira a ser

possivel transformar a fraqueza dos individuos isolados em força immensa, em verdadeira potencia, desde que associados, conjugados, syndicalissados.

Mas, com essa providencia não melhorou, antes se aggravou a situação. As injustiças soffridas pelos operarios, entraram a provocar reacções violentas, instigadas e activadas pelos exploradores interessados, nomeadamente, politicos e revolucionarios.

Nos dias que correm do agitado seculo XX, é preciso reconhecer, a sociedade e as auctoridades governamentaes se empenham em attender aos fracos e aos humildes.

Não foi ainda integralmente acceita a solução apontada pelo grande Papa da questão social Leão XIII e brilhantemente lembrada e reforçada pelo extraordinario Papa gloriosamente reinante Pio XI, respectivamente, nas notaveis encyclicas *Rerum Novarum* e *Quadragesimo anno.*

Entretanto, alguma coisa já se vem fazendo em favor dos operarios e, de modo geral, em prol dos fracos, dos vencidos na vida, como sejam: os velhos, os invalidos, os desempregados, os tuberculosos e, mesmo, até certo ponto e de alguma maneira, todos os doentes.

Para tornar possivel e effectiva toda a nova legislação garantidora de protecção aos operarios, aos velhos, aos invalidos, aos desempregados, aos doentes foi preciso estabelecer o seguro social, de regra obrigatorio, mas, ainda facultativo em relação aos doentes.

Não nos deteremos em historiar e apreciar a instituição dos Seguros Sociaes no differentes paizes da Europa e da America para nos recolhermos ao assumpto que nos cabe a honra de relatar nesta 2ª reunião das "Jornadas Nuero-Psiquiátricas Panamericanas".

Não nos podemos furtar, porem, ao grande e especial prazer de assignalar o que se passa nesta mui nobre Republica do Perú. É de 12 de Agosto de 1936 a ley Nº 8433 — *Ley del Seguro Social* — na qual foram introduzidas modificações propostas pela *Caja Nacional de Seguro Social* e approvadas pela Ley Nº 8509, de 23 de Fevereiro de 1937.

Traçada nos melhores e nos mais adequados moldes, a Lei do Seguro Social peruana, vencendo galhardamente as naturaes difficuldades dos primeiros tempos, vae tendo desde já applicação intelligente e criteriosa mercê da dedicação dos illustres peruanos encarregados da delicada missão de dirigir, de superintender os serviços respectivos, sempre de grande monta.

E toda a pujança da nova organisação se nos revela nas paginas das publicações da *Caja Nacional de Seguro Social*: *Primera Memoria de la Caja Nacional de Seguro Social* referente ao exercicio vencido em 31 de Dezembro de 1937 e *Informaciones Sociales*, orgão da *Caja Nacional de Seguro Social*.

Ao demais disso, a circumstancia de figurar no programma da Segunda Reunião das Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas a these ora relatada demonstra a toda a evidencia que o Seguro Social peruano não se descuida de nenhum dos multiplos problemas que suscita a nova organisação social.

Externando esssas impressões legitimas, verdadeiras, sinceras, queremos apresentar nossas effusivas saudações a todos os que collaboram para a feliz realisação dessa obra admiravel e profundamente humana do Seguro Social e pediriamos venia para nesse momento declinar mui respeitosamente o nome illustre do Dr. Edgardo Rebagliati, o director explendido, ideal, que promptamente se familiarisou com o assumpto delicado e complexo e já se constituiu especialista auctorisado e de nome consagrado.

Os vultosos interesses em jogo nas organisações do Seguro Social exigem constante e sagaz vigilancia dos administradores afim de que seja evitada a fraude dos especuladores e burlada a espertesa dos beneficiados que buscam protelar propositalmente estados morbidos passageiros, de maneira a se conservarem o mais possivel numa situação para elles agradavel e ventajosa. É preciso que os calculos cuidadosamente feitos pelos actuarios não sejam compromettidos, não sejam fraudados, pois, taes irregularidades, repetidas em larga escala, poderão ferir seriamente os interesses das Companhias ou Institutos de Seguro.

Para attender a esse objectivo, para evitar o risco desse prejuizo, em se tratando de accidentes do trabalho, de casos de invali-

dez será preciso appellar para o medico. Excepcionalmente terá que intervir o medico a proposito de velhice, a saber nos casos de suspeita de fraude pela falsificação dos documentos — certidões de edade — acceitos para comprovação do allegado. Mas, é tambem o medico encarregado de tratar, por conta do Seguro, os sinistrados e os doentes (doenças profissionaes ou não).

Defronta, pois, o medico situacões muito differentes, senaõ mesmo oppostas, devendo attender ora ao interesse do paciente, ora ao interesse do Seguro.

Surgem assim delicados problemas deontologicos a serem attendidos pelo profissional medico.

Taes problemas dizem respeito, especialmente, ao segredo medico, á livre escolha do medico pelo paciente, ao chamado "direito de tratar" e ainda á questão da exigencia de autopse.

Segredo medico

O medico encarregado por empreza, que tenha operarios ao seu serviço, ou, de modo geral, por empregador, ou ainda e melhor e mais regularmente por Companhia de Seguro Social de examinar empregado e apurar seu estado de saude, suas condições de capacidade ou de incapacidade para o trabalho, fica no seu papel de medico verificador ao serviço da empreza, do empregador ou da Companhia de Seguro Social e deve ao representante legal da empreza, do empregador ou da Companhia de Seguro informações claras e precisas. É bem de vêr que em relação a outras pessoas subsiste o dever da discrição, o imperativo do segredo profissional, do segredo medico.

Em certos casos, porem, a empreza, o empregador ou a Companhia ou Instituto de Seguro deve proporcionar ao empregado assistencia medica. Nessa hypothese, mesmo da escolha ou indicação da Companhia de Seguro ou do empregador, o profissional encarregado do tratamento do paciente se constitue seu medico assistente, obrigado ao sigillo e, pois, impedido de dar qualquer informação ao representante legitimo do empregador ou do Seguro. Será necessa-

ria, para que o Seguro ou o empregador tenha as informações necessarias, a interferencia de outro medico com funcção de simples verificador. Ao empregador e bem assim ao Seguro é reconhecido o direito de colher informes acerca do estado do empregado ou segurado em qualquer momento no curso do tratamento e isso será feito por intermedio do medico verificador.

Assim desde logo resaltam a necessidade e a vantagem dessas duas cathegorias de medicos — medico assistente e medico verificador — cujas funcções e cujas relações com o segurado e com o segurador, com o empregado e com o empregador, se não confundem e permittem aos medicos sem maiores dificuldades obedecer ás bôas normas deontologicas.

A esse proposito tivemos occasião de escrever, em trabalho publicado no corrente anno (1), o seguinte:

"Os serviços sociaes, que na epoca actual se desenvolvem em larga escala, multiplicam as opportunidades desses serviços medicos divididos nos dois grupos distinctos: *verificação* e triagem para exclusão dos doentes e *assistencia* medica para tratamento dos associados doentes.

Estabelecida essa distincção, não terá o medico difficuldade alguma de se orientar.

Assim nos casos de *accidentes do trabalho* o operario que soffreu o sinistro será entregue aos cuidados de um medico, seu medico assistente, sujeito ao sigillo. Mas, o patrão ou a empreza terá o direito de fazer examinar o operario por outro medico, que não o medico assistente. Este segundo medico, da escolha e da confiança do patrão, funccionará como medico verificador, podendo ministrar ao patrão, e somente a elle, os informes, os esclarecimentos necessarios. E o operario não ignora qual o papel do medico verificador.

O medico assistente não pode e não deve funccionar como medico verificador.

---

(1).—Henrique Tanner de Abreu, Jurisprudencia Medica, Rio de Janeiro, 1938, pag. 41-43.

Delicada é para os medicos a situação creada pelas *Companhias de Seguros de Vida* por occasião da morte do segurado. O medico assistente do segurado em sua ultima doença recebe da Companhia impresso com serie grande de preguntas a serem respondidas. É um longo questionario, em que se attende exclusivamente ao interesse pecuniario da Companhia, sempre empenhada em evitar o pagamento do seguro. Nesse impresso a Companhia solicita informes acerca da doença a que sucumbiu o segurado, indaga quaes os antecedentes morbidos pessoaes e da familia e muitos outros pormenores. E é insinuada a indicação de que a falta de informações por parte do medico importará em prejuizo dos beneficiados com o seguro.

Esse procedimento da Companhia representa verdadeira coacção moral indebitamente exercida contra o medico.

Na verdade, tem o medico escrupulo em quebrar o segredo de seu antigo cliente a sabe bem que ninguem poderá dispensal-o do sigillo. Mas, o quadro impressionante de uma viuva e de orphãos em condições precarias, tortura o seu coração de homem compassivo e assim cresce de ponto a lucta forte em que se ha de empenhar para cumprir com o seu dever e nao quebrar o segredo a que é obligado. Com efeito, é o medico solicitado pela viuva que, debulhada em lagrimas, conta a sua desdita e a situação precaria em que se acha, diz toda a grande necessidade do auxilio representado pelo seguro, cujo pagamento a Companhia friamente, calculadamente deixa de realisar até que se renda á sua vontade, á sua exigencia exorbitante, o medico, moralmente forçado a ceder, embora haja de fraquear, desrespeitando o dever do sigillo.

Quanto ao dado principal, isto é, em relação á *causa mortis* ha o recurso, a ser suggerido aos interessados, de ser apresentada certidão do registo da Pretoria, em que figura a indicação procurada, de accôrdo com o que foi escripto pelo medico no attestado de obito.

Á Companhia de Seguros de Vida deve caber o onus das verificações que importam ao seu interesse. Não seria difficil manter um corpo de medicos encarregados de acompanhar, como medicos verificadores, os casos de doença em os segurados. A estes poderia a Companhia impôr a condição de communicarem a manifestação le doença de que sejam acommettidos, se não preferir o recurso, tal-

vez, mais intelligente e de maior efficiencia, dos exames clinicos periodicos — duas ou mais vezes por anno — mesmo quando esteja ou apparente estar o segurado em bom estado de saude. Será pratica salutar para o segurado e de toda a conveniencia para a Companhia seguradora".

As organisações de Seguro, mesmo e notadamente as de maior vulto e de mais vasta amplitude, precisam ter o fichario completo dos segurados. É o que se verifica na Italia com a *Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali*, cujo fichario, abrangendo não só os segurados mas tambem as pessoas de sua familia, e cuidadosamente mantido em dia, é protegido e resguardado pelo segredo profissional, consoante nos informa o prof. Umberto Carpi (2).

As nossas Companhias de Seguros de Vida, que tambem operam sobre accidentes, mantêm bem organisado serviço de fichas.

Referindo-se a segurados em Institutos ou Companhias de Seguros sociaes affirma claramente o professor Reuter (3) que em face de doente dessa categoria está o medico sujeito á regra geral do segredo profissional.

Na Suissa, informa Haymann (4), é consagrado o dever do segredo profissional, embora não de maneira illimitada. A obrigação do sigillo se applica unicamente aos factos de sua natureza secretos. Prevalece o criterio estabelecido pelo decreto federal de 28 de Março de 1917 que diz respeito á organisação do Tribunal Federal dos Seguros.

O art. 77 desse decreto inscreve dispositivo, applicavel mesmo aos medicos assistentes, segundo o qual: "os medicos podem ser ouvidos como testemunhas; entretanto, são elles auctorisados a se recusar a depôr sobre segredos que lhes foram confiados em virtude de estarem elles dirigindo o tratamento medico".

(2).—Prof. Umberto Carpi, Le providenze legislative e sociali per la lotta contra la tuberculose in Italia, in Luigi Devoto, Trattato della Tuberculose, Milano, 1932, Vol. V, pag. 784.

(3).—Dr. Fritz Reuter, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Berlin u. Wien, 1933, pag. 27.

(4).—E. Haymann, Les prestations médicales de la Caisse Nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents, en Revue Internationale du Travail, Octobre 1938, pags. 527-528.

É, porem, admittido possa o segurado, por si ou por auctoridade tutelar nos termos do artigo 421 do *Code Civil*, auctorisar o medico a dar os esclarecimentos pedidos. Na pratica bastará a auctorisação do advogado munido de procuração para acompanhar o processo.

O medico verificador ao serviço da Companhia ou Instituto de Seguro ficará em situação analoga á do perito nomeado por um Tribunal ou pela Caixa Nacional, isto é, não estará sujeito ao segredo profissional junto ao representante legal do Seguro ou perante os Tribunaes em relação aos factos de que tenha tido conhecimento no exercicio de suas funcções.

Poder-se-ha apresentar opportunidade de ser o medico assistente solicitado pelo empregado, que esteja ou tenha estado em tratamento, a passar *attestado* consignando o facto de ter sido submettido a tratamento e ainda as consequencias do estado morbido justificador dos ciudados medicos reclamados. Será o attestado medico destinado a attender a interesses do empregado.

Ocioso é lembrar que a primeira condição a que deve obedecer o attestado medico é ser verdadeiro, é não falsear a verdade, sabendo o profissional nobremente resistir ás instistentes solicitações dos clientes e com firmeza recusar-se a assignar attestados complacentes.

Questão de particular interesse é a que se refere á declaração do diagnostico no attestado. Essa declaração é perfeitamente dispensavel. A especificação da entidade morbida, da natureza da doença de que está ou de que foi acommetido o paciente é, ao demais, pratica condemnavel por isso que infringente do preceito do segredo medico.

É preciso reconhecer e proclamar que a indicação do diagnostico não constitue garantia valedoira para a veracidade do attestado. O que empresta valor ao attestado é o nome que o subscreve, é o prestigio moral de quem o assigna. O medico que fosse capaz de conscientemente firmar attestados falsos não teria difficuldade de phantasiar diagnosticos nem grande escruplo em fazel-o.

Entretanto, compellido o medico a ceder a uma exigencia legal, fal-o-ha com toda prudencia, nunca entregando o attestado senão ao

proprio interessado ou a seu representante legal. No attestado, via de regra, registra o profissional o que já teve, occasião de dizer de viva voz ao cliente, a quem pessoalmente fará entrega do documento. O segredo, contido no attestado, pertence ao cliente que recebe em mão a peça escripta, o certificado. Delle disporá o interessado como entender, por conta propria. Não será, pois, por conta do medico a divulgação do sigillo.

Mas, em qualquer hypothese, nunca dexairá o medico de ser muito prudente no redigir o attestado, jamais fazendo referencia a factos rigorosamente e de sua natureza secretos.

Em seu erudito e bem orientado trabalho, publicado em 1935, Adrien Peytel (5) propõe esses conselhos e nelles insiste.

Livre escolha do medico pelo paciente

Sempre que possivel deve ser respeitado o direito que ao empregado assiste de escolher o medico, a cujos cuidados profissionaes deve ser confiado. Intervem ahi o delicado e momentoso problema da confiança pessoal do paciente no clinico, elemento não despiciendo a contribuir para o exito do tratamento tanto quanto possivel assegurado pela competencia do profissional e grandemente secundado por esse valioso elemento moral representado pela disposição de animo do paciente confiadamente e sem restricção entregue aos esclarecidos cuidados do profissional.

Proceder de maneira differente, contrariar o desejo do empregado e, sem consultar a sua vontade e sem attender a sua acceitação, ou recusa, impôr-lhe determinado medico assistente, constitue coacção moral, importa em acceitar norma contraria ao respeito á vontade livre do homem.

De toda necessidade é não esquecer o respeito á personalidade humana e ter sempre presente o conceito do professor Bellucci (6):

(5).—Adrien Peytel, Le Secret médical, Paris, 1935.

(6).—Apud Prof. Francesco Leoncini, I limiti della libertà di cura dell'assicurato contro le malattie, in Archivio di Antropologia Criminale, Psichiatria e Medicina Legale. Vol. LV. Serie IV. Fascicolo supplementare (Gennaio 1935), pag. 125.

la finalità della vita si concretizza tutta nel rispetto e nello sviluppo della umana personalità.

Dir-se-ha que o individuo ao inscrever-se em Companhia ou Instituto de Seguro acceita as condições estabelecidas pela Companhia ou Instituto e se deve submetter, quando preciso, ao tratamento adequado estabelecido pelo medico assistente. Mas, quanto á modalidade, á natureza do tratamento, de que não pode cogitar e com que, de facto, não se occupa o Regulamento, deve prevalecer a regra geral e importa obedecer ás normas do direito commum, segundo as quaes é preciso obter o consentimento do paciente ou de seu representante legal.

Solução que em parte attende a esse objectivo e já foi adoptada praticamente é a offerecida por Instituto de Seguro au segurado a quem é reconhecido o direito de escolha numa lista de nomes de medicos inscriptos. É o que se verifica na Italia, no Seguro contra a Tuberculose, para o tratamento em domicilio.

Evidentemente não é essa a solução ideal mas, deante da difficuldade pratica em attender ás vantagens do segurado e tambem ao interesse do Seguro, representa apreciavel esforço de conciliação entre duas tendencias diversas e mesmo possivelmente antagonicas.

Na Allemanha, informa o professor Reuter (7), o segurado doente pode ser confiado a determinado medico. Entretanto, exprime o mesmo professor a esperança de que os Institutos, Companhias ou Caixas de Seguro permittam ao segurado doente escolha livre de medico a ser pago segundo determinada tabella.

O Seguro Social Suisso garante ao segurado o direito de escolher medico dentre os que exercem a profissão na localidade de residencia ou nos arredores (8). Ao demais, para a hospitalisação é preciso attender ao desejo do segurado ou da familia; mas, não é reconhecido ao segurado o direito de livre escolha do hospital (9).

(7).—Dr. Fritz Reuter, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Berlin u Wien, 1933, pag. 26-27.
(8).—E. Haymann, loc, cit. pag. 528.
(9).—E. Haymann, loc. cit. pag. 530.

Direito de tratar

Os Institutos ou Companhias de Seguro, que devem prover á assistencia medica dos segurados victimas de accidentes ou acommettidos de doença, têm o maior empenho em vêl-os promptamente restabelecidos mercê a un tratamento adequado, efficiente e o menos demorado possivel.

O medico do Seguro, medico verificador, acompanha com interesse e assiduidade o caso clinico e tem a impressão de que uma intervenção cirurgica resolveria mais promptamente a situação. O tratamento cirurgico já fôra proposto pelo medico assistente; mas, o paciente se obstina em não querer submetter-se a semelhante recurso. O Seguro se considera prejudicado pela attitude do segurado, procura por meios suasorios obter o consentimento delle e deante da recusa formal acaba por se não conformar com a situação julgando-se com direito de impôr ao paciente o tratamento cirurgico indicado pelo medico assistente e pelo medico verificador ou a desistencia da vantagem a que faz jús como segurado.

Na verdade, mais do que o compromisso das indemnisações pecuniarias preoccupa sobremodo o segurador a responsabilidade das despezas com o tratamento dos segurados doentes. Taes despezas em Casa de Saude, em Hospital ou em domicilio avultam e de maneira extraordinaria crescem com o fornecimento de remedios. E de passagem se diga que para esse encarecimento muito concorre a maneira de se conduzir da actual geração de medicos, os quaes, com raras excepções, não formulam e, por falta de exercicio, acabam por esquecer a arte de formular, ficando reduzidos a indicar preparados e, de preferencia os mais caros como devendo ser os de maior efficiencia therapeutica. Mas, tratando-se de Seguro Social, é preciso que os medicos procurem não contribuir para comprometter a providencial organisação do Seguro e tenham todo o cuidado e o maior empenho de, sempre que possivel sem prejuizo do doente, dar preferencia ao preparado menos caro e egualmente efficiente. Curiosa é a attitude de alguns clinicos aferados a determinados preparados, por ellos sempre receitados, e que ingenuamente explicam a insis-

tencia systematica por não terem observação de outros preparados similares, como se o preparado preferido não tivesse sido receitado nas primeiras vezes sem a tal observação pessoal de que fazem grande cabedal.

O Seguro tem necesidade de organisar e, de facto, organisa seus serviços de ambulatorio, de hospital, de visitas medicas em domicilio afim de attender aos segurados doentes que precisam e devem utilisar-se de taes serviços. A recusa do segurado a se submetter ao tratamento necessario ha de ser devidamente justificada. A falta de justificação satisfactoria poderá acarretar de accôrdo com a legislação, perda do direito á indemnisação. É o que está expressamente determinado em leis ou decretos italianos, como por exemplo, no real decreto de 13 de Maio de 1929 Nº 928 sobre seguro obrigatorio contra doenças profissionaes, cujo art. 7 diz: O operario tem obrigação de se submetter aos tratamentos reputados necessarios pelo Segurador e de para tal fim dar entrada nos estabelecimentos indicados pelo proprio Instituto. As despezas de taes tratamentos correm por conta do Instituto segurador. Em caso de recusa injustificada do operario perde elle o direito á indemnisação.

Aliás informa o professor Francesco Leoncini (10) que nos casos de accidentes agricolas o Segurador não tem maior interesse economico em se prevalecer de dispositivo analogo visto como as indemnisações muito moderadas constituem onus relativamente leve e inferior ao das despezas exigidas pelo tratamento do segurado.

A referencia a tratamentos reputados necessarios, via de regra, é feita com exclusão das grandes intervenções cirurgicas.

Seja-nos licito reproduzir, a seguir, trechos do capitulo "Direito de tratar" do livro de nossa auctoria recentemente publicado (11).

Pretende-se, na verdade, que não pode o segurado esquivar-se a intervenções cirurgicas simples, sem gravidade. Mas, toda a difficuldade gira em torno do conceito de operação simples, sem gravidade. E, mesmo acceitando o risco de vida como elemento caracte-

(10).—Prof. Francesco Leoncini, loc. cit. pag. 112.
(11).—H. Tanner de Abreu, "Jurisprudencia Medica" Rio de Janeiro, 1938, pags. 207-227.

ristico da gravidade, desde logo se pode perguntar: haverá operação cirurgica que se possa seguramente classificar como destituida de gravidade? A esse respeito é preciso considerar a anesthesia geral ou local a ser empregada e as possiveis consequencias ou complicações da operação.

Os accidentes graves e lethaes da anesthesia, quer local, quer, sobretudo, geral, são assáz conhecidos.

Embora em relação a certas operações se haja de affirmar que, na grande maioria dos casos e como regra geral, são coroados de pleno exito, não ficará ao abrigo de contestação quem se julgue auctorisado a afastar toda e qualquer possibilidade de accidente, de complicação, de insuccesso.

Accentuamos bem a possibiildade de complicação ou de accidente grave em seguida a operação, via de regra, simple e desacompanhada de gravidade. Entretanto, no apreciar o risco a que se pode expôr o paciente o criterio de medico, depois de bem esmiuçar todas as condições do caso concreto, não ficará adstricto ás contingencias raras e excepcionaes.

O professor Arnolfo Ciampolini (12) em um caso de "lesão obliqua da ultima phalange do indicador esquerdo", em consequencia da qual tinha o operario "a unha deformada, dolorosa e mal implantada, impedindo toda funcção util do dedo", opinou no sentido de ser o operario obrigado a se submetter á pequena intervenção cirurgica indicada — ablação da unha, com simples anesthesia local — A recusa injustificada do operario deu logar a ser por sentença reduzida a indemnisação pelo calcular a reducçao de capacidade para o trabalho em 5% em vez de o ser em 10%.

Diga-se desde logo que na Italia nunca praveleceu a noção de ser licito obrigar o operario ou o segurado a se sujeitar a intervenções cirurgicas e nesse sentido se tem manifestado na grande maioria, na quasi totalidade do caso a Jurisprudencia. Varias sentenças de Tribunaes italianos são registadas pelo professor Ciampolini e podem ser lidas no seu citado trabalho.

(12).—Prof. Dott. Arnolfo Ciampolini, La traumatologia del lavoro nei rapporti con la legge, seconda edizione, Roma, 1926, pag. 136.

Na Allemanha é admittida a hypothese de ser o operario obrigado a soffrer intervenção cirurgica; mas são exigidas condições que praticamente attenuam, senão mesmo fazem desapparecer o rigor do dispositivo legal. Basta, por exemplo, que um dos medicos ouvidos a respeito discorde dos collegas quanto á inocuidade da operação e á segurança de exito da mesma.

Por isso o professor Dr. Fritz Reuter (13) em trabalho publicado em 1933 diz em phrase incisiva: Nenhuma operação pode ser praticada (no segurado) sem o seu consentimento — *An ihm kann ohne seine Einwilligung Keine Operation vorgenommen werden.*

A legislação Suissa sobre Seguro Social prevé a hypothese da suppressão total ou parcial das prestações devidas ao segurado quando elle, sem motivo justificavel, deixe de observar as medidas tomadas pelo Seguro para o tratamento apropriado.

Deverá, entretanto, ser o segurado prevenido por intimação categorica para que se submetta ao tratamento determinado e, ao demais, serão lembradas as consequencias da attitude de recusa injustificavel (14).

Admitte essa legislação suissa seja imposto ao segurado submetter-se a intervenção cirurgica desde que, de accôrdo com a experiencia, não offereça perigo especial, não comporte dôres particulares e seja de esperar com certeza ou grande probabilidade melhora importante. A recusa acarretará a applicação do dispositivo de lei que determina o seguinte: as prestações são reduzidas á importancia que provavelmente seria a devida se a operação tivesse sido feita.

Não pode ser exigido que o segurado se preste a operação exploradora para esclarecer diagnostico (15).

Em 14 de Março de 1932, o professor J. Leclercq (16), de Lille, apresentou á *Société de Médicine Légale de France* communicação a proposito de cura radical de hernia imposta ao operario em caso de

(13).—Dr. Fritz Reuter, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Urban & Schwarzenberg, Berlin u. Wien, 1933, pag. 27.

(14).—E. Haymann, loc. cit. pag. 533.

(15).—E. Haymann, loc. cit. pag. 534.

(16).—Annales de Médecine Légale, 12me. Année, Nº 4, Paris, Avril 1932, pags. 243-250.

accidente do trabalho. E, de accôrdo com Sachet, com Forgue e Jeanbrau, com Ibert, Oddo e Chavernac, Ollive e Le Meignen, com o professor Balthazard, concluiu reconhecendo o direito do paciente de recusar a intervenção cirurgica, sem que tal attitude deva justificar reducção da indemnisação a receber.

A proposito de dispositivos acceitos pela *Confederazione Generale Fascista dell'Industria Italiana* e pela *Confederazione Nazionale dei Sindicati Fascista dell'Industria*, inscriptos no "Eschema de Estatuto Typo para Caixas Mutuas Profissionaes", publicado na *Gazzeta Ufficiale del Regno* de 11 de Junho de 1930 e no *Bollettino Ufficiale del Ministero delle Corporazioni*, de 15 de Junho de 1930, fez o professor Francesco Leoncini comentarios de muita ponderação.

A expressão "tratamento medico" empregada no referido Eschema, obtempera o professor Leoncini (17), não pode deixar de abranger todo e qualquer tratamento, sem exclusão do tratamento cirurgico, nomeadamente das intervenções cirurgicas de maior vulto e de reconhecida gravidade. E no que tange a esta ultima hypothese affirma o illustrado professor de Medicina Legal que, no seu entender, a coacção moral exercida pelo "Instituto de Seguro contra a doença" sobre o operario não pode ir ao extremo de forçal-o a se submetter a intervenção cirurgica de gravidade e que exponha a perigo de vida. Ao demais, acrescenta que se não pode acceitar como justa a pratica de procurar vencer a resistencia do paciente pela suppressão ou, mesmo, pela simples reducção do subsidio de doença.

E se mesmo havendo concordancia nos pareceres dos medicos é razoavel e justo acompanhar a opinião esclarecida do professor Leoncini, com maioria de razão deverá prevalecer o mesmo criterio quando haja discordancia entre os medicos.

Wilhelm (18), reconhecendo o accôrdo unanime no sentido de não assistir ao medico o direito de operar ou, de modo geral, de es-

---

(17).—Prof. Francesco Leoncini, I ilimiti della libertà di cura dell'assicurato contro le malattie, in Archivio di Antropologia Criminale, Psichiatria e Medicina Legale, Vol. LV. (Serie IV). Fascicolo supplementare (Gennaio 1935), pag. 124.

(18).—Amtsgerichtsrat a. D. Dr. Wilhelm, Operationsrecht des Arztes und Einwilligung des Patienten in der Rechtspflege, Berlin, 1912, pag. 3.

tabelecer qualquer tratamento contra a vontade do paciente, deplora que o direito do medico a praticar a intervenção seja limitado e fique na dependencia do consentimento do doente. *Das Recht des Arztes zum Eingriff breuhe lediglich in der Einwilligung des Patienten.*

Ao demais, lembra o mesmo auctor a occurrencia, não mui rara, de circumstancias especiaes em que se torna difficil, se não de todo impossivel a manifestação inequivoca do consentimento do principal interessado, como quando acontece haver perda dos sentidos.

No começo da anesthesia géral (chloroformio, ether sulfurico, chlorethyla, etc.) quando, apenas, se inicia o estado de obnubilação mental, podera o paciente manifestar consentimento, de que não guarde lembrança ao despertar. Esse consentimento é, sem duvida, fallaz a precario e não poderá justificar a conducta do cirurgião que se tenha deixado induzir em erro por apreciação menos exacta da situação. Não será inequivoca semelhante manifestação de consentimento.

Mais adeantada a anesthesia geral, quando em phase de excitação entre o doente a fallar e algo diga parecendo manifestar consentimento, é bom de vêr que nenhum valor poderá ser attribuido ás palavras pronunciadas.

Entretanto, em determinadas circumstancias, deante da impossibilidade material de se obter o consentimento do paciente ou de quem por elle responda e attendendo á urgencia premente da situação clinica de summa gravidade, será licito admitir a presumpção do consentimento que não foi possivel obter.

A hypothese nesse caso é a de estado grave do paciente, com perigo de vida e mesmo imminencia de morte, havendo alguma probabilidade de exito de intervenção cirurgica sem demora realisada e carencia de qualquer outro recurso valedoiro. Constitue-se dest'arte a "condição de necessidade" a acobertar o cirurgião, cuja responsabilidade ficará resguardada, embora não tenha elle podido obter o consentimento expresso do interessado ou de representante seu legal. É acceitavel em casos taes a presumpção de consentimento. Na verdade, entre o desfecho lethal a se processar dentro em prazo mais ou

menos curto e a possibilidade e mesmo probabilidade de cura mercê de intervenção cirurgica, é muito de presumir a acceitação do recurso provavelmente salvador.

E se ha de reconhecer justificada pela contingencia de evitar mal maior a inobservancia do dever que obriga o medico, nomeadamente o cirurgião, a solicitar o consentimento do paciente.

A attitude do cirurgião encontra amparo nã nossa (brasileira) Consolidação das Leis Penaes que reconhece entre as dirimentes da criminalidade a circumstancia de ter sido o acto criminoso praticado para evitar mal maior.

Art. 32.—Não serão tamben criminosos:

§ 1º—Os que praticarem o crime para evitar mal maior.

Applicavel á hypothese figurada é ainda o dispositivo do § 2º do mesmo artigo 32.

§ 2º—Os que o praticarem em defesa legitima, propria ou de outrem.

A legitima defesa não é limitada unicamente á protecção da vida; ella comprehende todos os direitos que puderem ser lesados.

Evidentemente o cirurgião pratica a intervenção cirurgica em defesa legitima da vida do cliente.

É verdade que em relação ao § 1º a mesma nossa Consolidação das Leis Penaes estabelece condições a serem attendidas para que possa ser acceita a allegação de ter havido o intuito de evitar mal maior, consoante reza o

Art. 33.—Para que o crime seja justificado no caso do § 1º do artigo precedente, deverão intervir conjunctamente a favor do delinquente os seguintes requisitos:

1º—Certeza do mal que se propôz evitar;

2º—Falta absoluta de outro meio menos prejudicial;

3º—Probabilidade da efficacia do que se empregou.

Ora, dessas tres condições, apenas, a primeira poderá suscitar alguma duvida pela grande difficuldade da sciencia do prognostico. Ha, na verdade, factos extraordinarios, verdadeiramente surprehendentes, de cura, quando todas as circumstancias do caso clinico leva-

vam a formular prognostico sombrio e mesmo faziam admittir como inevitavel o exito lethal. Mas, é bem de vêr, não devemos jogar com os casos excepcionaes e, antes, nos devemos orientar por aquillo que constitue a regra geral, de accôrdo com a observação commum de todo dia.

Legitimo se nos afigura esse appello aos dispositivos dos artigos 32 e 33 da Consolidação das Leis Penaes no que tange ao problema em estudo, respeitadas as restricções estabelecidas e, sobretudo, devendo sempre ser lembrada a regra geral de respeito á personalidade humana, que impôe o dever de solicitar o consentimento do paciente.

Assim procedendo fazemos applicação ao problema em apreço da indicação proposta pelo saudoso professor Ernesto do Nascimento Silva (19) para a delicada questão do Segredo Medico.

Aa attitude do paciente, que não dá o seu consentimento e, antes, se oppôe á pratica da intervenção cirurgica proposta, ha de ser devidamente apreciada.

A opposição pode ser apparente. É o que se ha de admitir quando cs motivos allegados, manifestamente desarrazoados, denunciam estado de obnubilação mental ou de delirio. Essa questão foi proposta, em 1876, á *Société Médico-Psychologique*, de Paris, pelo Dr. Billod, citado por Dechambre (20), e resolvida no sentido de ser desprezada a opposição por isso que fallaz e apparente. A esse respeito lembra Payen (21) a historia do individuo, victima de explosão, com a mão esphacelada e quasi inteiramente separada do antebraço. Para salvar o braço e mesmo a vida era inevitavel o sacrificio da mão entretanto ,o paciente que se entrega ao cirurgião, lhe pede faça tudo o que fôr necessario, mas, conserve a mão, pois, não pode consentir em perdel-a.

---

(19).—E do Nascimento Silva, Concepção do Segredo medico, communicação ao Quarto Congresso Medico Latino-Americano reunido na cidade do Rio de Janeiro em 1909 e apud H. Tanner de Abreu Medicina Legal applicada á arte dentaria, 3ª edição, Rio de Janeiro, 1936, pags. 398-399.

(20).—A. Dechambre, Le Médecin, Paris, 1883, pags. 230-232.

(21).—P. G. Payen, S. J., Déontologie médicale d'après le droit naturel, Zi-ka-wei près Changai, 1922, 300, 5 pag. 357.

A opposição é real, mas, aberra das normas da moral. É o que se verifica na hypothese de tentativa de suicidio, tendo acarretado consequencias que exigem intervenção cirurgica de urgencia, repellida pelo paciente por estar deliberado a morrer. Tal individuo obtempera com acerto Payen (22), deve ser tratado como aquelle que se quer afogar e se atira n'agua. Esforçar-se-ha o medico por salval-o, apezar da resistencia offerecida.

Afóra esses casos muito especiaes e muito raros e, talvez, ainda outros não menos raros e excepcionaes, em que a conservação da vida de um individuo interessa sobremodo ao bem publico ou, pelo menos, á familia, a regra a ser estabelecida é a do respeito á personalidade humana e á vontade do homem. Tem elle o direito de deliberar livremente sobre o emprego de meios extraordinarios para defesa da saude e da vida.

O respeito á personalidade humana obriga o medico a evitar qualquer actividade, como profissional, junto a um cliente sem o consentimento deste. Essa regra geral ganha maior rigor em se tratando de alguma applicação medicamentosa ou de natureza cirurgica, feita a titulo de experiencia, sem attender ao interesse ou beneficio do paciente.

Mesmo quando tenha o profissional o empenho e a intenção de ser util ao cliente e contemporaneamente a preoccupação de contribuir para o progresso da sciencia não se lhe pode reconhecer a licitude do procedimento, verdadeira imprudencia, passivel de pena, desde que se trate de recurso novo, em experiencia, e, pois, ainda não consagrado, ainda não acceito na pratica. Haverá imprudencia nessa experiencia in *anima nobili*. Nessa hypothese nem sequer poderá o medico acobertar-se com o consentimento do doente, embora, consentimento formal. dado por escripto, por isso que não pode elle medir o alcance desse consentimento, ignorando todas as possiveis consequencias do novo processo de tratamento. O caso figurado é de manifesta responsabilidade do medico, que facilmente poderá ser apurada se occorrer alguma lesão ou sobrevier a morte.

(22).—P. B. Payen, S. J. op. cit. 300. 5 pags. 357-358.

Vem a pêlo lembrar o que dispõe a nossa Consolidação das Leis Penaes nos artigos 306 e 297.

Art. 306.—Aquelle que, por imprudencia, negligencia ou impericia na sua arte ou profissão, ou, por inobservancia de alguma disposição regulamentar, commetter ou, fôr causa involuntaria, directa ou indirectamente, de alguma lesão corporal, será punido com a pena de prisão cellular por quinze dias a seis mezes.

Art. 297.—Aquelle que, por imprudencia, negligencia ou impericia na sua arte ou profissão, ou, por inobservancia de alguma disposição regulamentar, commeter ou, fôr causa involuntaria, directa ou indirectamente, de um homicidio, será punido com prisão cellular por dois mezes a dois annos.

Aliás, não raro acontece, mesmo fóra dessa hypothese especial figurada, não communicar o medico, nomeadamente o cirurgião, ao paciente toda a verdade respeito á extensão e á gravidade da intervenção cirurgica, afim de evitar impressão forte, de effeito depressivo sobre o estado moral, que precisa ser mantido e sustentado para melhor e mais assegurado exito do tratamento cirurgico.

Ao demais, ha a possibilidade de deparar o cirurgião com lesão pathologica que não fôra previamente diagnosticada.

A esse respeito merece lembrado o caso de Dresde, registado no livro de Büdinger e miudamente citado por Wilhelm (23): O Dr. J., consultado por uma moça solteira, declarou-lhe que era necessaria *pequena* operação (hysterectomia), sem perigo de vida, a cura devendo dar-se em poucos dias. Na mesa de operação, a paciente adormecida pelo anesthesico, verificou o cirurgião compromettimento das trompas, havendo formações em torno e degeneração cystica dos ovarios. Resolveu, então, sem ter obtido o consentimento da doente, retirar esses orgãos, deixando de realisar a operação a principio proposta. Á paciente, depois de despertada, foi communicado o occorrido. Ella manifestou o mais vivo agradecimento e algum tempo depois se submetteu á "pequena" operação inicialmente projectada.

(23).—Dr. Wilhelm, loc. cit. pags. 9-10.

Mas, logo depois se modificaram as disposições de animo da operada que se recusou ao pagamento dos honorarios medicos pela primeira intervenção cirurgica por ter sido praticada sem o seu consentimento e, por outro lado, reclamou indemnisação por lesão corporal e por mutilação soffrida''.

O Tribunal Superior acceitou a allegação de não haver o cirurgião obtido o consentimento da paciente que, apenas, concordara em se submetter á ''pequena'' operação, não praticada na primeira sessão.

Desse caso outros podem ser approximados, como, por exemplo, aquelle occorrido em Londres e que mereceu registo e commentario de Brouardel (24): uma enfermeira foi examinada por cirurgião que diagnosticou degenerescencia cystica do ovario direito. Foi proposta e acceita a operação. No curso da intervenção cirurgica foi verificada a existencia da mesma lesão no ovario esquerdo. Foram estirpados os dois ovarios. A paciente, informada do que occorrera, processou o cirurgião, reclamando forte indemnisação por ter sido praticada a ablação do ovario esquerdo sem auctorisação della. A sentença não foi favoravel á operada e não attendeu á sua reclamação. O juiz declarou que não deve ser praticada operação sem o consentimento do doente; mas, iniciada a intervenção cirurgica, sómente ao cirurgião cabe apreciar e resolver até onde deva estendel-a em beneficio do doente e de accôrdo com os preceitos da arte.

Para Brouardel outra não podia, nem devia ser a solução do caso. Foram de franco louvor os commentarios do saudoso professor de Medicina Legal da Universidade de Paris, que accentuou a difficuldade pratica de uma consulta á interessada sob a acção de anesthesico geral. Essa difficuldade deixaria, hoje, de existir com a anesthesia local ou pela injecção rachiana. Mas, admittida a hypothese do caso concreto da enfermeira de um hospital de Londres, ha cerca de 36 annos, merece ponderada a circumstancia de ser pouco augmentado o traumatismo cirurgico com a retirada do segundo

(24).—P. Brouardel, L'exercise de la médecine et le charlatanisme, Paris, 1899, pags. 362 e 363.

ovario na mesma sessão cirurgica, aproveitando a laparotomia realisada, sendo, ao demais, manifesta a preoccupação de beneficiar a operada.

Se quizermos, porem, estudar os dois casos — o de Dresde e o de Londres — á luz dos conhecimentos modernos de endocrinopathologia, havemos de nos deter, prudentes, a considerar os disturbios graves que podem sobrevir decorrentes da supressão das funções ovarianas antes da phase de involução physiologica.

Chamaremos a attenção, sobretudo, para a possibilidade de se manifestarem syndromes nervosas e psychicas. Referimo-nos á simples possibilidade porque é bem certo que mulheres moças e em actividade funccional ovariana supportam bem a ovariectomia dupla sem experimentar disturbios nervosos ou psychicos. Mas, a occurrencia se pode dar e, de facto, se tem verificado e se verifica, não sendo possivel prevêr com segurança quando será a extirpação dos ovarios seguida de syndromes neuro-psychicas. Praticamente pouco importa saber, consoante affirma Nicola Pende (25) e confirma Marañon, que a insufficiencia ovariana representa quasi sempre simples valor predisponente ou occasional a exercer sua influencia e a favorecer a manifestação do quadro clinico syndromatico da neurose ou da psychose em paciente com os attributos do hyperthyreoidismo ou do dysthyreoidismo ou ainda do hypersuprarenalismo constitucional. Na verdade, são a thyreoide e as suprarenaes glandulas reguladoras do tonus nervoso e psychico que, em hyperfunção, predispõem o individuo para as syndromes psycho-neuroticas hypogenitaes. E a mulher com disturbios psycho-neuroticos, após ovariectomia dupla, pode apresentar forma melancolica ou lypemaniaca e se tornar aggressiva, de preferencia, contra aquelle a quem attribue a responsabilidade dos seus soffrimentos — o cirurgião que a operou.

Triste exemplo de occurrencia dessa natureza tivemos, ha uns oito annos, em a nossa Capital. O distincto gynecologista Dr. Arnaldo Quintella foi assassinado no proprio consultorio por senhora por elle operada.

(25).—Nicola Pende, Endocrinologia, IV edizione, Milano, 1934, Volume secondo, pag. 354.

Exigencia de autopse

A autopse é recurso valedoiro para em certos casos, na verdade, pouco numerosos, dissipar duvidas e esclarecer o problema da *causa mortis* e da sua relação com o accidente occorrido ou que se diz haver occorrido. Mas, a familia do segurado fallecido é naturalmente e via de regra inclinada a não acceitar semelhante pratica e, pois, a negar o seu consentimento. Isso occorre, as mais das vezes, por muito natural sentimento de affecto e de respeito ao morto, mas pode haver interesse em não deixar seja revelada alguma falsa allegação.

A não realisação da autopse em determinado caso poderá constituir falta sensivel, deixando de attender a esclarecimento necessario reclamado pelo medico.

Nos hospitaes em que o regulamento estabelece a obrigatoriedade systematica da autopse, como, de regra, acontece nos hospitaes mantidos pelo governo nacional, estadual ou municipal, o segurado doente, acaso ahi recolhido, ficará sujeito á regra geral do estabelecimento. Mas, fóra dessa circumstancia ,toda fortuita, não pode ser exigida a autopse contra a vontade da familia do segurado fallecido. A lei não auctorisa semelhante exigencia.

Na Suissa entende o Tribunal Federal dos Seguros que o facto de se oppôr a familia á pratica da autopse tem como consequencia simplesmente obrigar o juiz a apreciar o caso prescindindo desse meio de investigação, como se o mesmo não existisse.

Essa orientação é criticada por Haymann (26) sob o fundamento de que sem esse recurso será impossivel em certos casos esclarecer com certeza a relação de dependencia entre a *causa-mortis* e algum accidente occorrido.

A pratica do Seguro Social veio, sem duvida, multiplicar opportunidades para applicação de regras e preceitos deontologicos a serem observados e rigorosamente respeitados pelo medico. Situações delicadas se podem apresentar; entretanto, não havera difficul-

(26).—E. Haymann, loc. cit. pag. 534.

dades maiores a serem superadas pelo medico bem orientado e conhecedor das boas normas de moral e ao par das suas funcções e das suas responsabilidades como medico assistente e como medico verificador.

Deontología en la Práctica de los Seguros Sociales

Por el Dr. B. ARCE MOLINA (Valparaíso)

DEONTOLOGIA EN LA PRACTICA DE LOS SEGUROS SOCIALES

Por el Dr. B. ARCE MOLINA (Valparaíso)

I.—EL MEDICO ANTE LA SOCIEDAD

Para establecer los deberes que el médico tiene ante la colectividad, es decir, para poder fijar precisamente la función específica que le corresponde desempeñar como componente diferenciado de la agrupación humana, es necesario estudiar ante todo la verdadera posición que ha tenido en ella durante el lento desarrollo de la civilización y el papel que actualmente desempeña en la Sociedad. De este modo tendremos que dirigir la mirada hacia el pasado y escudriñar con visión vaga el período casi legendario de la vida primitiva de los pueblos, para captar en su nacimiento las primeras manifestaciones de la acción del médico en su lucha eterna contra la enfermedad y la muerte.

Paso a paso, el arte de curar y prevenir las enfermedades ha seguido una marcha paralela a la del desarrollo de la humanidad. Tan íntimamente está ligada la Medicina al desarrollo material y espiritual de los pueblos, que bien se podría tener al grado de perfección de esta ciencia, como el índice más certero para evaluar el grado de su civilización. El papel eminentemente social del médico en nuestro tiempo no se explicaría ni se justificaría sin conocer este desarrollo histórico de la medicina y sin analizar las relaciones

del médico con la colectividad en las diferentes etapas de la vida de los pueblos. Sólo conociendo estos detalles, es que podremos sentar las bases filosóficas, sociales y biológicas en que descansa el moderno concepto de la medicina social y la deontología del médico funcionario.

A.—Reseña Histórica

Como la Medicina es tan vieja como la Humanidad, debemos tratar de conocer sus primeras manifestaciones en los pueblos primitivos y conocer a los hombres que la ejercitaron en aquellos remotos tiempos.

Para muchos investigadores resulta lógica la hipótesis de suponer que los primitivos métodos terapéuticos hayan nacido como meros actos instintivos del ser humano, análogos a los que observamos en los animales. Primero, como actos de autocuración, de autodefensa, manifestación del instinto de conservación, y después como ayuda mutua a otros seres ligados por los lazos de la sangre. El lamido de las heridas, el baño, la ingestión de diferentes hierbas, la extracción de espinas y en general los movimientos y reacciones de defensa puramente instintivos de los animales y hombres primitivos, son prácticas que deben ser tomadas como las primeras manifestaciones de la mantención de la integridad biológica.

Como se comprende, en estos remotísimos tiempos el enfermo fué médico de sí mismo y de algunos miembros de su familia, recurriendo a sus propios medios.

Después de milenios de años y junto con el avance paulatino de la civilización, esta terapéutica puramente instintiva se fué transformando lentamente en una terapéutica consciente. Dotado el hombre de espíritu de observación y con sus facultades mentales enormemente desarrolladas en comparación con la de sus hermanos feroces de la selva, adquirió conciencia de estos actos y entonces especuló y seleccionó a cada caso particular la terapéutica que más convenía. Tomando en cuenta que no hay tratamiento consciente, sin reflexionar primero sobre la posible naturaleza de

la enfermedad, tenemos que aceptar que ahora el hombre había establecido la primera teoría en Medicina. Con estos atributos el médico pasa de la medicina instintiva a la medicina empírica. La experiencia enseñó al hombre que la causa más común de enfermedad era la penetración de cuerpos extraños, ya que objetiva y corrientemente lo observaba en las afecciones quirúrgicas, consecuencia de su vida salvaje y montaraz. Esta concepción simplista se extendió por simpatía a las enfermedades internas, donde el ente extraño se extendía por los humores y permanecía en el cuerpo, aniquilándolo hasta la muerte.

El éxito obtenido por algún método terapéutico aportaba experiencia y daba confianza y fama al que los había puesto en práctica y de esa manera se inicia la historia del verdadero ejercicio de la medicina por los hombres afortunados que habían logrado triunfar de la enfermedad y de la muerte. Es el médico de la medicina empírica, es el médico primitivo.

Cuando el hombre se dió cuenta que la causa de muchas enfermedades no se podía explicar por los factores naturales, al alcance de su observación objetiva, infirió que esas causas tenían que ser sobrenaturales y que su terapéutica obligada debía ser también extra terrena. A la medicina empírica sucedía la medicina mágica; al médico primitivo, que había observado sólo hasta ahí la Naturaleza y sus fenómenos, sucedía el médico animista que con su trabajo de introspección y de éxtasis mental creía penetrar en el misterio de la enfermedad y dotado de fuerzas sobrenaturales se creía capaz de vencerla y aniquilarla. Era el médico hechicero de los primitivos tiempos, el **machi** o mago de nuestras tribus indígenas.

Un paso más en el camino de la civilización y la especulación de la raza humana reune a estas causas sobrenaturales en el haz común de la divinidad. La enfermedad o sus causas son la manifestación de la ira de los dioses y el estado de salud el índice de las relaciones del hombre y de sus divinidades.

Como lógica consecuencia la terapéutica consistió en ruegos, sacrificios y en otras formas de contacto y de sumisión a los dioses vengadores y de esta manera el arte de curar se concentró en los templos y en los monumentos de las primitivas religiones. El

médico civil y hechicero cedió su arte al médico sacerdote. Es la era de la medicina teúrgica, en que la práctica sublime de curar se confundió con las divinas prácticas del culto.

Por este desarrollo de la medicina prehistórica hasta llegar a confundirse con la religión, podemos ver fácilmente el papel de enorme importancia que siempre debió haber desempeñado el médico en las civilizaciones posteriores. Es esta la lección más estupenda que puede darnos la historia en el sentido de saber apreciar en su verdadero valor el papel que debe desempeñar el médico en la colectividad. Esos pueblos primitivos, recién saliendo de la barbarie, tuvieron la luminosa intuición de dar el lugar prepotente que debe ocupar nuestra profesión en la vida de los pueblos. Sólo a la adoración de los dioses pudieron homologar la función de mitigar el dolor y conservar la salud; sólo en la alta personalidad de los sacerdotes antiguos quisieron depositar las funciones y deberes del médico.

La posición social de los médicos primitivos fué, pues, de espectación y de alta distinción, porque se les reconocía una capacidad intelectual especial y numerosas virtudes, hijas de su ética intachable. Es verdad que su género de vida austera, su amor por el prójimo y el especial cuidado por mantener su honroso prestigio, hacía que esta veneración social fuese perfectamente justificada.

a).—El ejercicio de la Medicina en la Edad Antigua

Después de considerar la formación y el desarrollo que tuvo la medicina en los tiempos primitivos, es decir, en la época prehistórica, debemos pasar en rápida revista el desenvolvimiento médico en los pueblos que por su alta cultura están señalados como las verdaderas cunas de la civilización. Nos referimos a la historia de la medicina de los caldeos, de los egipcios, de los griegos y de los romanos.

El sello de la medicina de los caldeos o mejor de los pueblos que fundaron una civilización entre el Tigris y el Eufrates, se ca-

racteriza por el profundo sentimiento filosófico de su concepción. Ella emana de las ideas fundamentales sobre el concepto del mundo. Los astros elevados a la categoría de divinidades reglamentan los acontecimientos de la vida de los hombres y por lo tanto son capaces de dar la salud o la enfermedad. Esta concepción astrológica establece la analogía y el funcionamiento armónico entre el hombre, mundo pequeño y tangible o microcosmos y el gran mundo inconmensurable de los cielos o macrocosmos.

En una palabra, la Medicina entre los caldeos fué teúrgica, con una modalidad especial por su conexión astrológica.

La doctrina del poder de los astros sobre el género humano alcanzó tal poder de desarrollo que se consideraba que ciertos órganos del cuerpo estaban bajo la directa dependencia de determinados astros. Así por ejemplo, en los textos que se conservan de la biblioteca de Sardanápalo en Nínive, se indica que ciertas constelaciones de estrellas están relacionadas con la aparición de ciertas epidemias.

Acerca de la profesión médica los pueblos babilónicos tenían dos clases de médicos: el médico popular, que seguía cultivando las antiguas prácticas de la medicina empírica y el médico sacerdote, guardador de la alta ciencia y creador de las doctrinas de la medicina. Mientras los primeros colocaban las unturas y las aplicaciones frías o calientes, los sacerdotes hacían los conjuros y otras maniobras teúrgicas junto a los enfermos.

En las leyes de Hammurabí además de reglamentarse el problema de los honorarios y el de la responsabilidad del médico en sus fracasos, se prescribe la exclusión del tratamiento médico en los enfermos incurables. Así se lee: "En este enfermo no deben poner sus manos los médicos; este enfermo morirá". El fracaso de una intervención quirúrgica se solía castigar con severas penas, consistiendo a veces éstas en graves mutilaciones corporales.

La medicina egipcia tuvo a través de su larga historia de miles de años un lento desarrollo, desde las primitivas prácticas empíricas hasta la Magia y la Turgia, que alcanzaron su máximo desarrollo en la época floreciente de la 18 ava dinastía.

La especulación filosófica se orientó en este país no hacia el macracosmos, como en Babilonia, sino que al elemento que consideraron fundamental para la vida: el aire y de este modo nació la teoría del neuma. Los sacerdotes de Ibis profesaban en los templos y ejercían el arte de curar, por medio de una complicada liturgia llena de exorcismos y conjuros. Como portadores de la ciencia y de la cultura médica, estos sacerdotes escribieron los libros sagrados que contenían los principios de la medicina ortodoxa. Al lado de ellos existían también curanderos laicos que ejercían la medicina y la cirugía popular de base netamente empírica.

El desarrollo de la medicina, lo mismo que el de las otras ciencias y artes, entre los griegos, marca un verdadero paréntesis que es necesario considerar con un poco de más detalle, por la importancia inusitada que adquiere en este período y por el brillo que le supieron dar los médicos de esa época. Al mismo tiempo las actividades profesionales toman un rumbo definitivo hacia la forma laica, desprendiéndose completamente del sacerdocio. Podemos decir que con los griegos empieza la verdadera historia del médico como elemento específico en la sociedad.

La Historia de la Medicina en Grecia se divide en cuatro períodos: 1º La época primitiva; 2º—La Medicina de la época de los filósofos naturalistas; 3º La medicina hipocrática y 4º La medicina de la época alejandrina.

Durante la época primitiva domina la llamada medicina homérica, que tiene un sello marcadamente popular. En ella las ideas animistas y religiosas ocupan un lugar secundario respecto de las tendencias naturales y empíricas. Sólo con el trascurso del tiempo se fué desarrollando más la medicina místico-religiosa.

Como punto céntrico de esta medicina místico-religiosa helénica figura Esculapio, el Dios máximo de la Medicina, en cuyos templos fraguaron su formación las futuras escuelas médicas. Como colaterales de su divinidad surgieron su mujer Epione (la calmante del dolor) y sus hijas Hygieia (la higiene) y Panacea (la que todo lo cura).

El libre desenvolvimiento de la profesión médica, independiente de la clase sacerdotal, terminó por imponerse y desde entonces

a los médicos laicos se les llamó, lo mismo que a los sacerdotes de Esculapio, asclepíades.

La Medicina en la época de los filósofos naturalistas se ve sostenida y activada por el talento de estos ilustres hombres que se llamaron Thales de Mileto, Anaximandro, Anaxímenes, Anaxágoras, Pitágoras y Empédocles de Agrigento. Estos sabios erigieron la Medicina y las Ciencias en general sobre bases teóricas, pero puramente naturales. La teoría médico-filosófica había entrado y dominado a la Medicina puramente empírica de los asclepíades.

La teoría humoral nacida espontáneamente como producto de la observación y de la intuición de los primitivos médicos, encuentra fuerte apoyo en la especulación filosófica y conduce a identificar los cuatro elementos de Empédocles con los cuatro humores cardinales del cuerpo. Fué con estas bases que se fundaron las famosas escuelas médicas de Cnido, de Cos y de Sicilia.

De una de estas escuelas sale el gran médico Hipócrates, que no tan sólo funda una época de la medicina griega, sino que también es el faro más formidable, cuyos destellos siguen alumbrando todavía a través de dos mil quinientos años a la Medicina Universal.

La leyenda hace derivar su origen desde el propio Esculapio, pero en verdad descendía de una antigua familia de Asclepíades. Nacido en Cos, fué mandado a estudiar a la escuela médica de esta famosa isla. Después enriqueció su caudal de conocimientos por numerosos viajes a todos los países de la Grecia y tal vez a algunos países del Oriente.

Si bien no es posible comprobar la legitimidad de las obras que forman la Colección Hipocrática en el sentido de saber cuáles fueron escritas por el propio Hipócrates, podemos afirmar que la crítica histórica está conteste en aceptar que fué él, ya directamente, ya por mediación de sus discípulos, el creador de esa famosa colección.

La obra médica de Hipócrates se hizo inmortal, no por las verdades positivas que legó a la Medicina de todos los tiempos, sino por el espíritu del conjunto y por el valor metodológico de su sistema. Mostró a los médicos una nueva ruta para el avance de la

investigación al colocar la experiencia y la observación como bases fundamentales de la ciencia médica. La Medicina Hipócratica creó por otra parte la ética profesional, exigiendo del médico una moral incorruptible, tanto en el ejercicio profesional como en su vida privada. Sin consideración alguna al interés personal, debía el médico con toda abnegación vivir exclusivamente para sus enfermos. "El amor al prójimo es el manantial del verdadero amor al arte" rezaba uno de sus aforismos. Los honorarios profesionales debían estar de acuerdo con los medios económicos del enfermo y el deber del secreto profesional era respetado en una forma amplia por todos los que ejercían el arte de curar. En general la ética profesional en lo que se refiere a las relaciones de los médicos entre sí y a la de éstos con los enfermos, era muy parecida a la que nos rige en la actualidad. Unicamente hay un desacuerdo en cuanto se refiere a la conducta que debía seguirse frente a un enfermo incurable. En esta calidad de enfermos debía excluírse toda clase de tratamiento médico, tomando en cuenta que la ética hipocrática exigía que toda medida terapéutica estuviese justificada por su oportunidad y utilidad.

Con el advenimiento del Imperio de Alejandro Magno, las ciencias, las artes y en general todas las ramas del saber humano y las perfecciones del espíritu emigraron desde Grecia hacia Alejandría, nueva capital del mundo. Este cambio de sede no trajo sin embargo ninguna modificación sustancial en la unidad cultural helénica. Los sabios de Alejandría siguieron siendo griegos en su mentalidad y actividades. Por otra parte, los Ptolomeos dedicaron todos sus esfuerzos para convertir a la ciudad de Alejandría en la poseedora del arte y de las ciencias. Fué aquí que se compiló la Colección hipocrática y que fué posible el conservarla y darla a conocer a la posteridad.

Dos nombres llenan, por así decir, el ancho escenario de la Escuela Médica alejandrina: Herófilo, el gran anatómico de la antigüedad y Erasístrato, el médico filósofo, que desarrolla sus teorías influenciado por sus maestros griegos: Aristóteles de Estagira y Crisipo de Cnido.

El ejercicio de la medicina se hacía en las mismas condiciones que en Grecia. Ante todo era también una profesión liberal. El aspirante a asclepíade aprendía particularmente con otro médico o bien ingresaba a las escuelas que hemos nombrado. No se exigía pruebas de ninguna especie para tomar los atributos de médico en ejercicio y esto hacía que existiesen numerosos charlatanes en competencia con los médicos preparados y honorables.

La forma común de ejercer la profesión en Grecia era la privada, como acabamos de ver; sin embargo, existían médicos con cargos públicos desde los remotos tiempos homéricos. Estos médicos trabajaban por cuenta del erario público y sus sueldos eran recogidos por una contribución especial. De este modo los vecinos pudientes y no pudientes tenían el derecho de ser atendidos por estos facultativos funcionarios en una forma completamente gratuita.

Este hecho lo consideramos de mucha importancia, ya que señala el origen del funcionario médico y marca el principio del concepto de obligación asistencial por parte del Estado. En la época alejandrina el número de médicos remunerados por los poderes públicos aumentó considerablemente, de modo que en el siglo II antes de nuestra era no había ciudad, por muy pequeña que fuese, que no tuviese su médico para el servicio público. Los médicos oficiales en este tiempo recibieron el nombre de "arquiatras".

Los honorarios, que consistían al principio en regalos de diferentes especies, fueron rápidamente pagados en dinero, a contar desde la época hipocrática. Se podía exigir por adelantado, aunque esta medida no fué nunca puesta en práctica por los médicos de reputación.

En la historia de Roma es necesario considerar dos épocas diferentes para el estudio del desarrollo de la medicina. La primera comprende desde los orígenes inciertos del pueblo romano hasta el momento en que Roma, señora del mundo, abrió sus puertas muy anchas a las civilizaciones griega y orientales.

La segunda corresponde a la época del auge político de la gran República y del Imperio, en que las ciencias y artes griegas siguieron aquí en tierra extraña su normal desarrollo.

La antigua medicina popular romana no se distinguía de la que hemos encontrado en los otros pueblos. Originariamente empírica se entremezcló con prácticas teúrgicas y animistas. El ejercicio de la profesión estaba a cargo de personas de la más ínfima posición social, siendo generalmente un esclavo el encargado de ejercerla para su amo y para el resto de la servidumbre **(era el servus medicus)**. De este modo, durante este primer período, la medicina constituía una profesión servil, un oficio solamente propio para esclavos.

Con la implantación de la Medicina griega las cosas cambiaron algo, ya que se entabló una lucha entre esta medicina exótica venida de Grecia y la popular de los propios romanos. No se llegó, sin embargo, a operar un cambio definitivo en la apreciación del público para con los médicos, hasta la llegada de Asclepíades de Prusa, médico distinguido, que llegó a adquirir gran fama por su arte y por su honestidad. Este sabio médico fué el creador de la concepción atomística del cuerpo y de la enfermedad y sus doctrinas dieron por resultado la fundación de la escuela médica que se llamó "escuela metodista", que conquistó una situación muy influyente en el movimiento científico del imperio romano.

Pero es necesario llegar a Galeno para ver a la Medicina romana alcanzar la cúspide de su grandeza. Galeno nació en Pérgamo en el año 129 después de J. C. Descendiente de una familia de buena posición social, inició sus estudios en su ciudad natal y los perfeccionó en viajes a Alejandría y otras ciudades de Oriente. Establecido en Roma, muy pronto adquirió gran fama por la profundidad de su saber, llegando a contar entre su clientela lo más distinguido de la alta sociedad de Roma.

En el año 169 ocupó el cargo de médico del emperador Commodo. Murió el año 201 de nuestra era. A pesar de su gran capacidad se le han señalado algunos defectos de ética que no alcanzan a eclipsar su gran obra de maestro y de sabio genial. Se le acu-

sa de haber abandonado Roma por miedo al contagio de la peste y de haber faltado a la verdad y al respeto que debía a sus colegas por la vanidad y el afán de ganar el apoyo de los poderosos.

Este hombre además de muchos otros méritos, tiene el de haber reunido la masa total de elementos y conocimientos médicos que se habían producido hasta entonces y de haber hecho con ellos un cuerpo de doctrina, un verdadero sistema científico que representaba todo el desenvolvimiento de la Medicina y que marcó rumbos durante los 10 siglos de la Edad Media. En este sistema se encuentran condensadas las escuelas empírica, neumótica y dogmática.

En la antigua Roma, ya lo hemos dicho, la Medicina era ejercida exclusivamente por esclavos, y a pesar que después lograron su emancipación para convertirse en "**medici liberti**", los médicos procedían y seguían perteneciendo a las clases más bajas de la sociedad. Sólo con la aparición de Asclepíades podemos decir que empieza el verdadero ejercicio de la profesión médica como una profesión libre y digna. Sin embargo pasó mucho tiempo todavía en un marcado pie de inferioridad en cuanto a situación jurídica se refiere, ya que un médico, principalmente extranjero, estaba muy lejos de poseer la dignidad civil de que gozaba el ciudadano romano libre. El famoso edicto de César del año 46 A. de C. por el que se concedía la ciudadanía romana en toda su amplitud del concepto a todos los médicos extranjeros libres, hizo posible el desenvolvimiento espiritual y cultural del gremio médico. Esto naturalmente trajo una inmigración enorme de médicos griegos y de otros países civilizados que con la luz de su saber y el acervo de su experiencia iluminaron con brillo inusitado el ambiente científico de la ciudad reina del mundo. El antiguo médico-esclavo romano benefició el primero de esta inyección de cultura de los sabios griegos y fué así como poco a poco elevaron su dignidad hasta igualarla a la de sus maestros. Se hizo célebre sobre todo Antonio Musa, médico del emperador Augusto, quien en agradecimiento a los servicios recibidos de su médico de cámara concedió a los médicos libertos todos los derechos de la ciudadanía romana.

El emperador Adriano, por un edicto del año 117 de nuestra era concedió a los médicos muchos derechos importantes, verdaderos privilegios para los ciudadanos de entonces. Antonino Pío y Septimio Severo reglamentaron la forma en que se debía ejercer la profesión. Alejandro Severo por último convirtió la enseñanza médica en oficial, cediendo locales públicos para que fuesen convertidos en cátedras para la enseñanza. El Estado pagaba el sueldo a los maestros y subvencionaba a los estudiantes escasos de recursos.

Los médicos municipales eran lo mismo que entre los griegos nombrados por el Estado para la atención de los habitantes de la comuna. También se les llamaba arquiatras, título con que se les conocía en Grecia.

Hacia el final de la República el Ejército y la Armada organizaron en una forma muy completa sus respectivos cuerpos de médicos militares y navales. Estos médicos disfrutaban de categoría elevada, ya que estaban incluídos en la jerarquía de grados de estos cuerpos.

Los estipendios del médico libre dependían de la buena fe y de la corrección de los clientes, ya que sólo por reciprocidad quedaban obligados a pagarlos. Ellos constituían los **honorarios**, o sea un estipendio de honor. El honorario era un regalo voluntario que si no se efectuaba no había derecho a reclamarlo. Es verdad que en justicia era cobrable y aún se podía exigir anticipadamente, pero en la práctica se tenía como inmoral tal proceder.

En los tiempos de la grandeza del Imperio Romano empezaron a perfilarse las especialidades, las que pronto tomaron gran desarrollo. Existían especialistas no tan sólo en cirugía, que se dedicaban exclusivamente a una sola operación como la talla, la hernia, o la catarata, sino que también médicos internistas que curaban un solo órgano o un grupo de ellos. Los médicos de mayor fama no participaban de esta especialización y permanecían siempre adeptos a la medicina general.

b).—El ejercicio de la medicina en la Edad Media

Las ciencias médicas, paralelamente a todas las demás ciencias y a la cultura en general, habían seguido una curva manifiestamente ascendente durante la época antigua de la historia universal. Los pueblos orientales, Grecia y Roma, constituyen eslabones de un solo período en que la cultura y la civilización alcanzaron un brillante desarrollo.

La Medicina antigua terminaba brillantemente y llegaba a su cúspide con la obra inmortal de Galeno. Su labor fecunda y gigantesca había creado todo un sistema que permitía considerar que la ciencia médica había llegado a tal grado de perfección, que podía afrontar todas las circunstancias y problemas que se podían presentar en el ejercicio de la profesión.

La Edad Media representa bajo el punto de vista cultural y ético un gran paréntesis, un verdadero punto muerto en el desarrollo de la civilización universal.

La Medicina durante este largo período de 10 siglos no hizo otra cosa que repetir lo que habían dicho los grandes maestros de la antigüedad y contagiarse con influencias corruptoras venidas de fuera y con manifestaciones espirituales producto de la vida política, cultural y espiritual de esa época. Las pseudo ciencias, como la alquimia, la astrología y la magia ejercieron influencia en la medicina, contaminando la brillante tradición de los maestros de la antigüedad.

Los motivos de esta falta de progreso y de esta tendencia a la baja en los valores de la ciencia médica durante el medioevo, son múltiples y arrancan su origen de diversas causas que residían en la sociedad misma y en las particularidades de su propia cultura. Las verdaderas tempestades políticas de los pueblos, buscando el cauce propicio de su orientación, el espíritu religioso predominante de su gente más culta y capacitada y la dedicación casi exclusiva a su culto o a la guerra, hizo que faltara el tiempo para pensar en el arte de curar o en otras ciencias aplicadas.

Este fenómeno que sufre la medicina durante la Edad Media da a conocer las infinitas y complicadas relaciones de esta ciencia con la civilización humana. Se podría decir con razón que todo pueblo merece y tiene la Medicina que su cultura es capaz de cultivar.

En Bizancio el ejercicio de la profesión médica siguió más o menos lo mismo que en Roma, ya que este Estado fué el verdadero heredero de la civilización del Antiguo Imperio. El arquiatra en tiempos de Justiniano materialmente desapareció, pero en cambio se le reconoció de derecho al médico libre la remuneración de su trabajo, estableciéndose normas legales para el cobro de los honorarios, de tal modo que no dependía ya, como en Roma, de la buena voluntad de los pacientes.

Debemos reconocer al cristianismo la primera iniciativa para la fundación de establecimientos destinados a la atención de enfermos. Ella emanó del espíritu de caridad y de sacrificio de su propia moral.

El primer hospital que se menciona en occidente fué fundado en Cesárea por San Basilio en el año 370. Después se fundaron varios de estos establecimientos en Constantinopla y en otras ciudades dependientes del Imperio.

Entre los árabes la Medicina alcanzó un desarrollo bastante importante. De entre ellos salieron los médicos más ilustres de la Edad Media, bastándonos mencionar al célebre Avicena para demostrar este aserto. Los médicos árabes gozaban de una situación social espectable, pero tenían que luchar con la competencia desleal y eterna de los charlatanes. Entre ellos también se fundaron hospitales, que como el gran Hospital Mansur del Cairo, llegó a tener gran fama por las comodidades, capacidad y por los buenos médicos que allí trabajaban. Al pueblo árabe hay que reconocerle el mérito de haberse interesado y haber cuidado a los enfermos mentales, hasta esa época completamente abandonados y despreciados por sus semejantes.

En los pueblos occidentales el ejercicio de la medicina en los primeros tiempos de la Edad Media estuvo a cargo de los sacerdotes. Los médicos sacerdotes fundaron la Medicina clerical y ejer-

cían su apostolado en hospederías anexas a los monasterios. El médico seglar ejerciendo una ciencia popular de marcado tinte pagano, ocupaba un lugar secundario en la estimación social. Fué preciso llegar al siglo X o XII para ver producirse una completa transformación y esto lo trajo la fundación de Escuelas de Medicina laica. De éstas las más famosas fueron las de Salerno ,Montpellier y París. Con la fundación de estas escuelas y su transformación posterior en Universidades se estableció en una forma sólida la importancia de la Medicina laica en la vida intelectual de la Edad Media. Esto mismo trajo la dignificación de la profesión y una mayor estimación para los hombres que la ejercían.

Es necesario señalar un hecho curioso durante este tiempo y fué que tanto los sacerdotes como los médicos laicos, despreciando como una técnica puramente manual, abandonaron la cirugía en manos de terapeutas de preparación muy diversa.

La concepción cristiana de la sociedad de esta época tuvo una influencia capital en cuanto a moral médica se refiere. Si es verdad que la Edad Media representa un interregno en lo que se refiere al desarrollo científico de la Medicina, no es menos cierto también que durante ella cambió fundamentalmente y en un sentido positivo y superior la ética profesional de los tiempos antiguos. Gracias a este avance se abandona completamente la práctica inhumana de dejar sin atención médica a los enfermos incurables; pues la moral cristiana impone al médico la obligación ineludible de atender a los enfermos hasta el último momento, aun en los casos más desesperados y sin ninguna probabilidad de éxito. Exige de los médicos la preparación necesaria para curar a los enfermos de manera que no tengan nada que les remuerda su conciencia; los hace responsables de todos los males que pueda sufrir el paciente por su negligencia o ignorancia. El código cristiano de moral médica de aquel entonces condena los métodos de tratamientos exclusivos y secretos y castiga los convenios entre médicos y boticarios. Estima que la profesión médica es un apostolado y pide el tratamiento gratuito para los pobres y escasos honorarios para los acomodados.

En general la cuestión del secreto profesional no preocupó mayormente a los médicos y enfermos de la Edad Media. Por lo menos no se encuentra citado entre las reglas de ética profesional de aquel entonces.

c).—El ejercicio de la Medicina en los Tiempos Modernos

La Medicina de la Edad Media, prescindiendo de algunos hechos interesantes, la podemos considerar como una simple repetición de la de los tiempos antiguos; en cambio la Medicina de la Edad Moderna ofrece un desarrollo constante y progresivo a través de los tres siglos que la constituyen.

Los fundamentos generales de este desarrollo inusitado son los mismos que provocaron el despertar de las otras ciencias y de las artes. Las mismas causas políticas, sociales o económicas y religiosas, influyeron en la génesis del Renacimiento y en el florecimiento de las Ciencias Médicas.

Los grandes descubrimientos geográficos que extendieron inmensamente el predominio político de algunos países de Europa, trajeron como consecuencia la prosperidad y el desarrollo cultural de esos pueblos. La invención de la imprenta hacia mediados del siglo XV, permitió la extensión y la difusión de la cultura y de las ciencias en gran escala. El humanismo, esa tendencia espiritual a estudiar e inspirarse en la antigüedad clásica, dejando de lado las preocupaciones teológicas, dió los mejores frutos en las Ciencias Naturales y entre ellas en la Medicina. Finalmente la Reforma y la toma de Constantinopla por los turcos, la una causa política, la otra religiosa, precipitaron y aceleraron este gran movimiento que sacudió a la Humanidad entera y que se conoce con el nombre de Renacimiento.

La Filosofía del Renacimiento fué el platonismo. Esta filosofía de la naturaleza influyó poderosamente en la Medicina, ya que forma las bases de la nueva orientación en sus estudios. El estudio de los hechos, la observación de la naturaleza, es decir el experi-

mento y la investigación exenta de prejuicios, constituyen los medios de acción de esa directiva espiritual.

Andrés Vesalio (1515), el gran anatómico, hace su aparición en esta época. Sus obras sobrepujan a todas las anteriores, rompiendo con la tradición y señalando el camino de los estudios médicos por la meta de la investigación directa.

Miguel Servet (1553), el descubridor de la circulación pulmonar fué condenado a muerte en la hoguera, en la ciudad de Ginebra, acusado de herejía por el implacable Calvino.

Teofrasto Paracelso, investigador eminente que llevó su crítica acerada hasta dar un golpe de muerte a los antiguos moldes erróneos de la medicina medioeval, fué en su tiempo atacado duramente por sus teorías y sólo después se le ha venido a reconocer sus méritos, colocándolo como el médico más completo y más brillante del siglo XVI.

Las condiciones generales en que se ejercía la profesión en los primeros tiempos de la Edad Moderna (siglo XVI), eran muy parecidas a aquellas de la Edad Media.

El médico en posesión de un título universitario ejercía libremente su profesión, teniendo que luchar con los curanderos y charlatanes, que le hacían una seria y desleal competencia.

Raramente los médicos ilustrados se dedicaban a la cirugía, que seguía todavía en manos de barberos y bañeros.

La construcción de hospitales fué cada vez mayor debido a la ayuda que le prestaban los magnates y los príncipes. Su papel se fué también especificando en el sentido de dedicarse exclusivamente al cuidado y asistencia de los enfermos.

Para la difusión de los conocimientos científicos en el campo de la medicina, se fundaron en el siglo XVII las primeras publicaciones de revistas médicas, se crean en este mismo siglo las academias, sociedades que agrupaban a los sabios más eminentes, y que desempeñaban un importante papel en esta época y hasta en el presente.

La llegada a Europa de muchas plantas exóticas traídas de las colonias hizo progresar a la Botánica científica. Robert Hocke.

botánico inglés, descubre en 1667 en un pedazo de corcho la célula vegetal.

Los descubrimentos físicos y químicos son los pedestales más formidables de la medicina desde este momento.

William Harvey da a conocer el verdadero funcionamiento de la circulación sanguínea, destruyendo de una vez por todas los conceptos de Galeno.

Marcelo Malphighi, con el auxilio del microscopio, descubre los capilares, los glóbulos rojos y otras formaciones histológicas importantes de otros órganos.

Durante el siglo XVII el ejercicio de la profesión no tiene un cambio muy apreciable con lo que se hacía en las épocas anteriores.

La enseñanza universitaria era muy conservadora en cuanto a sus métodos de enseñanza y se hacía en una forma preferentemente teórica, basándose en los textos escritos en la Edad Media. El médico ilustrado sigue luchando con los charlatanes. La cirugía no logra conquistarse una situación espectable al lado de la medicina interna.

Como médicos oficiales, sólo existían los médicos militares que tenían una situación social y económica bastante mala. Este servicio no vino a tomar auge y desarrollo hasta que no se formaron los ejércitos permanentes.

d).—El ejercicio de la Medicina en el siglo XVIII

Durante el siglo XVIII el médico disfrutaba en general de una buena situación, tanto desde el punto de vista económico como de la consideración que tenía por él la Sociedad.

El número de médicos era muy escaso, principalmente en los pueblos chicos y en el campo, donde prácticamente no existían y por lo tanto sus habitantes no recibían ninguna atención médica competente en casos de enfermedad.

En este tiempo ya se conocieron algunas mujeres que se dedicaron al ejercicio de la medicina, alcanzando algunas de ellas una

merecida fama por su saber, dedicación y cualidades morales, como por ejemplo Dorotea Cristina Erxleben que se recibió en 1754 en la Universidad de Halle.

En la mayoría de los países el control de la profesión médica estaba en manos de un cuerpo oficial o consejo compuesto de médicos distinguidos nombrados directamente por la autoridad., Estos consejos eran los encargados de dar las reglas generales del modo de ejercer la profesión, vigilaban la moralidad de los médicos, eran árbitros supremos en las dificultades de orden profesional que se suscitaban entre los médicos o entre éstos y la clientela

En este siglo la cirugía después de larga lucha, consiguió alcanzar por fin una justa igualdad con la medicina interna. En las Universidades se crearon las cátedras de cirugía o se fundaron colegios especiales para la enseñanza de esta rama. Al mismo tiempo miembros de las más distinguidas familias se dedicaron al estudio y práctica de esta cirugía científica;

El charlatanismo seguía operando como en sus mejores tiempos, amparado por la propia escasez de médicos titulados y por la falta de leyes adecuadas para combatirlo.

La carrera de médico militar progresa enormemente también en este tiempo. Los cirujanos de los regimientos tenían la misma competencia y gozaban de la misma estimación que sus colegas civiles. En Prusia se funda el Hospital de la Charité en Berlín, hospital militar que sirvió de verdadero centro de estudio y de perfeccionamiento para los médicos de la institución.

Las grandes construcciones hospitalarias del siglo XVII persisten durante el siglo XVIII. Sólo al final de éste se dan cuenta que esta enorme acumulación de enfermos, sin orden ninguno es perjudicial y empiezan a reemplazarlos por hospitales de pabellones aislados. Por otra parte, en esta época es cuando los hospitales adquieren su verdadero carácter de establecimientos para atender enfermos, perdiendo definitivamente el papel qu desde la Edad Media tenían, de asilos para mendigos y vagabundos.

e).—El ejercicio de la Medicina en el siglo XIX

Podemos decir con toda propiedad que el siglo XIX, principalmente su primera mitad, marca el período cúspide de la llamada profesión liberal en el ejercicio de la Medicina. La reglamentación en los estudios y en las pruebas de exámenes, la elevada cultura general y técnica que adquieren los médicos, gracias a los extensos y completos estudios que se les exigen, los colocan entre la "élite" intelectual en todos los países. Esto y la consideración social de que gozan en esta época, les da una situación general de primer orden en el concierto colectivo.

Analizaremos con un poco de detenimiento las causas que colocaron al médico en tal magnífico pedestal hacia mediados del siglo pasado. Fuera de las causas culturales y técnicas que dejamos apuntadas, es necesario considerar el concepto social que tiene el ejercicio profesional en esa época.

En una sociedad estructurada por los postulados de la Revolución Francesa, cuya primera divisa era la libertad, había el concepto de que el trabajo individual debiera beneficiar ante todo y exclusivamente al que lo ejercitaba. La labor médica era antes que nada una prestación de servicios del médico a su enfermo, es decir, se trataba de una actividad privada en que había un beneficiado, el enfermo y un beneficiario, el médico. Este servicio tenía que ser legítimamente pagado por el enfermo. Se trataba, pues, de actividades netamente privadas de carácter individualista. Al lado de esta actividad del médico, existía otra de carácter benéfico y caritativo: era la prestación de servicios en hospitales y otros establecimientos asistenciales de la caridad privada. Estos últimos eran generalmente gratuitos o prácticamente gratuitos. La Medicina considerada hasta entonces como un apostolado, tenía la obligación moral de cuidar y atender al pobre en una forma gratuita y caritativa. La Sociedad tenía también el mismo concepto y en numerosísimas formas manifestaba su caridad por los pobres. El Estado prácticamente se desentendía de estas actividades, considerando fuera de su esfera de acción todo lo que se relacionaba con la

asistencia a los enfermos. A lo más se contentaba con subvencionar a algunas sociedades filantrópicas y con designar delegados oficiales que controlaran las justas y legítimas inversiones de los dineros del Estado. Esta era por lo menos la situación en el siglo pasado de la mayoría de las Sociedades de Beneficencia.

Esta conciencia asistencial individual y colectiva y del propio Estado, era el principio en que se basaba todo el código de moral médica del período de la profesión liberal.

El médico cumplía debidamente ante la Sociedad teniendo competencia técnica, siendo honrado en la profesión privada y teniendo el suficiente espíritu de sacrificio para atender por solidaridad humana y por caridad cristiana a los desamparados de la fortuna.

El respeto y las consideraciones a sus otros colegas dentro y fuera de la profesión, el amor por su ciencia, el interés por la investigación científica y el deber de enseñar al que menos sabe, forman capítulos de moral médica, que además de figurar en el código de deontología, forman el acervo espiritual más o menos desarrollado de cada médico en particular.

B).—Posición del médico ante la sociedad actual

Apenas se anuncian los albores del siglo XX y parece que la humanidad se hubiera removido desde sus cimientos. No se trata de grandes cataclismos terrestres, ni de grandes movimientos guerreros, que precipiten pueblos sobre pueblos. No son epidemias ni depresiones financieras, que diezmen a las poblaciones, haciéndolas morir de peste o de hambre. Es un estremecimiento formidable del espíritu individual y colectivo, es una inquietud que bulle tumultuosa en el corazón de las masas por satisfacer ansias legítimas de superación en el orden económico, político y social.

Las cruzadas en la Edad Media y el Renacimiento a principios de la Edad Moderna son los únicos movimientos históricos que se pueden comparar a esta grande revisión de valores que se opera en este siglo XX, en que nosotros vivimos.

Efectivamente todos los valores, económicos, políticos, sociales, religiosos y aun raciales, están sufriendo una minuciosa revi-

sión y una tendencia tan marcada a su transformación como no hay muchos precedentes en la Historia.

La clásica economía del libre cambio, que dominó por doquiera durante todo el siglo pasado, basada en el aforismo ecomómico famoso del "laissez faire, laissez passer", ha ido perdiendo terreno en todos los países del mundo. Todos los Estados tienden en más o en menos a controlar las actividades económicas de sus respectivos territorios. La economía privada sufre cada vez más la intromisión del Estado en sus actividades que, por medio de leyes y reglamentos, trata de producir el equilibrio de la oferta y la demanda, trata de regular la producción y el consumo y en fin, trata de armonizar las relaciones del capital y del trabajo.

Los sistemas democráticos de gobierno, tan en boga y tan generalizados en el siglo pasado, están siendo abandonados por muchos países del viejo continente. Parece tener razón los autores que piensan que el mundo va hacia el fascismo o hacia el comunismo.

En el terreno social las transformaciones son aún más profundas. Los conflictos del factor económico, principalmente los derivados del capital y del trabajo, la industrialización de este último y el profundo sentido de justicia social de que se encuentran animadas las nuevas generaciones, han culminado en la lucha por las justas reivindicaciones de los proletarios, los parias de la moderna sociedad capitalista. Junto con este concepto económico-social ha nacido el concepto médico social. La medicina social ha nacido como una manifestación de justicia y es por eso que la Caridad, por mucha acción social que tenga, no puede reemplazar a la verdadera medicina social. Como se puede ver ésta y la medicina filantrópica difieren desde su origen.

El concepto caritativo de la medicina liberal emana del criterio muchas veces centenario de la caridad cristiana. Tiene, como se ve, una raigambre religiosa que se manifestó ya en los primeros siglos de nuestra era con la fundación de establecimientos hospitalarios anexos a los monasterios. Esta crítica de la medicina del siglo pasado no quiere decir de ninguna manera que el autor de estas páginas condene o desconozca la sublimidad de ese sentimien-

to de solidaridad humana que se llama caridad. El sentimiento caritativo existirá siempre en los corazones y será también siempre una hermosa flor en el santuario de nuestro espíritu; pero de ahí a que la medicina se ejerza a un grupo numeroso, por no decir a la mayor parte de la población, en forma de caridad, hay un mundo de diferencia. Donde hay derecho no debe haber caridad, porque ésta pierde todo su valor frente a la injusticia que se comete.

El concepto de medicina social emana en cambio de los principios de la política social moderna, cuyo objetivo primordial es regular las relaciones de las clases sociales entre sí y con respecto a los Poderes Públicos, según los principios más fundamentales de la equidad. Todo hombre que desempeña en la colectividad la labor que ésta le encomienda, adquiere una serie de derechos fundamentales, entre los cuales figura la subsistencia y la integridad biológica o salud. Todas las leyes sociales se han dictado para asegurar a cada uno de los componentes de la colectividad estos derechos fundamentales. De este modo la salud no podía seguir entregada a la actividad privada de los médicos ni a la buena voluntad de las almas caritativas. El Estado, como representante de la Sociedad en general, comprendió que era uno de sus fundamentales deberes cuidar y mantener la salud de sus habitantes. Desde ese momento nace la medicina Social.

Otra de las características de la Medicina Liberal es que se ejerce preferentemente en los individuos. Es netamente individualista. Su tarea fundamental es la de volver a la salud al individuo que la ha perdido, poniendo en práctica todos los conocimientos de una técnica cada vez más precisa y completa. Conoce perfectamente los factores etiológicos que han determinado la pérdida de la salud en el individuo que examina, sabe valorar en su justa medida los factores ambientales, sociales y económicos que han tenido participación; pero pareciendo ignorar todo esto no toma ninguna medida para solucionarlos, ya que están fuera de su alcance. No hace sino reparar las pérdidas y enmendar los desastres de una tempestad que sólo contempla extasiado. El enfermo del pulmón, el tuberculoso, recibe una prolija atención de su parte, haciéndole un perfecto diagnóstico y un adecuado tratamiento. Nada

puede, sin embargo, contra la hipo alimentación que vendrá después, la antihigiénica habitación y el duro trabajo inadecuado a su lesión pulmonar. Sabe del peligro de contagio a los familiares de ese enfermo que vive en promiscuidad y duerme en la misma cama con sus hijos, porque no hay otra en la casa, y sin embargo nada puede hacer y tiene que cruzarse de brazos, impotente, y tratar de olvidar la tragedia.

En cambio, la medicina social orienta su acción preferente hacia la colectividad, investiga el ambiente, encuesta las causas económicas y morales del individuo y sus familiares y por las medidas sanitarias adecuadas y con los medios que le dan las leyes sociales, combate en sus causas primeras a la enfermedad. La medicina individual atiende al enfermo, la medicina colectiva ataca a la enfermedad. Para la primera hay enfermos antes que enfermedad; para la segunda hay enfermedades antes que enfermos.

Otra de las características de la medicina liberal, tal cual se entendía en el siglo pasado, es la de ser predominantemente curativa y secundariamente preventiva. En efecto, ella espera que los enfermos vengan a los consultorios u hospitales en busca de la salud. Se preocupa, pues, preferentemente del hombre enfermo. La Medicina Social, en cambio es eminentemente preventiva y desde sus organismos centrales trata por sus equipos médicos de extender su acción a la calle, al hogar, al taller y a todas partes donde el hombre está y puede por cualquier motivo perder la salud. Le interesa más que nada el hombre sano, al que defiende y protege por todos los medios que tiene a su alcance; medidas de higiene en la habitación, en la alimentación, en su género de vida y en las modalidads del trabajo. Pesquisa al enfermo incipiente para tratarlo antes que la enfermedad haya tomado un desarrollo tal que lo convierta en un lisiado incapaz de ganarse la vida y en un peso muerto para la producción general.

Un enfermo del corazón compensado, un tuberculoso pulmonar incipiente o un individuo con una lúes latente de los centros nerviosos, vistos a tiempo, tienen todas las probabilidades de sanar con un tratamiento adecuado, mientras que cuando esa lesión valvular se descompensa, cuando esa lesión pulmonar se generaliza o

cuando esa lúes latente de los centros nerviosos se transforma en tabes o en hemiplejía, entonces prácticamente no hay nada que hacer, fuera de las tentativas más o menos estériles de la medicina curativa para prolongarle la vida a este ser definitivamente inútil para sí mismo y para la sociedad. Esto no quiere decir, que desde el punto de vista moral esté mal hecho, pero mejor hubiera sido haber evitado esta situación.

Mientras la medicina siglo XIX se ejercía principalmente en una forma privada, es decir, por personas u organismos que nada tenían que hacer con el Estado, la medicina social es eminentemente estatal. En otra forma no se podría ejercitar esta nueva modalidad de nuestro ejercicio profesional. Ella necesita de leyes especiales, de atribuciones y de elementos necesarios para poder ejercitar acciones que en muchos casos están en abierta pugna con el magnífico y romántico concepto de la libertad individual. Este es a grandes rasgos el estado actual de la sociedad y el ambiente en el cual ha tocado a nuestra generación médica ejercitar su profesión.

Analizando la verdadera situación del médico en la mayoría de los países que han dictado leyes de política social y especialmente de medicina social, tenemos que llegar a la conclusión que la profesión se ejerce en una forma ambigua o mejor dicho mixta. En realidad el médico es por una parte un profesional que pertenece a la categoría de las profesiones liberales y como tal ejerce según los postulados de la medicina del siglo XIX. Es decir, tiene su clientela privada, donde hace medicina individual y curativa y presta servicios en hospitales de Beneficencia Pública o privada, de una manera prácticamente gratuita, ya que los sueldos que perciben son simplemente irrisorios; esto es por lo menos lo que pasa en mi país. Su deontología está de acuerdo con los principios básicos del código de moral médica aprobado en la Habana. Honradez y moralidad en sus relaciones con el enfermo, respeto y consideraciones para con sus colegas, amplio espíritu de sacrificio y de caridad para con los enfermos pobres y gran cariño por su profesión, completan los deberes fundamentales de la enorme mayoría de nuestros colegas.

Este mismo médico ejerce también funciones de medicina social como funcionario del Estado, ya sea en los servicios de Sanidad, de previsión o en los modernos institutos de asistencia social. Estas nuevas funciones le exigen deberes diferentes a los de la medicina clásica. Estos nuevos deberes forman también una nueva deontología.

El médico funcionario necesita una mentalidad diferente en el ejercicio de su profesión como tal. Aquí ya no debe interesar el especial caso clínico, las dificultades de diagnóstico o las indicaciones de tratamientos especiales que forman el A. B. C. de la medicina curativa, sino que los grandes problemas de la profilaxia, la terapéutica standard de las masas, la medicina del trabajo, la pesquisa de los enfermos incipientes, etc., etc. El médico en este caso es un funcionario del Estado que mira por sobre todas las cosas, no el interés directo del individuo que tiene por delante, sino los grandes intereses de la colectividad. En esta medicina desaparece el binomio milenario de médico y de enfermo, para ser reemplazado por aquel de médico y de colectividad. Ya no le interesa agradar de mil maneras a su cliente, ni de guardarle el secreto de su enfermedad. El médico funcionario, haciendo medicina social tiene sólo en vista los altos intereses colectivos y grita en alta voz la enfermedad del paciente, para que llegue a conocimiento de todo un engranaje de funcionarios encargados de poner en práctica las disciplinas sanitarias de profilaxis y de previsión social.

Por estas consideraciones se comprenderá fácilmente que la ética profesional del médico funcionario sea completamente diferente de aquella del médico liberal, ya que diferente es el medio en que actúa y diferentes los puntos de vista al ejercer su profesión en este campo. En efecto, fácilmente también se comprenderá el verdadero antagonismo de muchos de sus deberes frente a ambas formas de ejercer la profesión.

De todo esto se desprende que la inmensa mayoría de los médicos tenemos hoy día una situación indefinida al ejercitar nuestra técnica en forma semiliberal y semifuncionaria. Esta situación

engendra para el médico dificultades de orden material, espiritual y aun de orden cultural.

Nadie puede negar el hecho que las leyes de previsión social han restado y siguen restando cada día clientela a la profesión privada. Estas leyes tomando a su cargo las prestaciones de servicios médicos de grandes masas humanas, como los obreros, empleados particulares, empleados públicos, ejércitos y armadas, han disminuído en tal grado la clientela libre, que prácticamente ha quedado reducida a un pequeño número de ciudadanos, que visitan los consultorios privados del reducido núcleo de los médicos de gran reputación o de aquellos que olvidando los principios más fundamentales de la ética profesional, los atraen con espejismos propios de charlatanes. En esta forma, pues, la profesión liberal no da ninguna expectativa a la inmensa mayoría de nuestros colegas. La consecuencia directa de esta situación es la plétora médica aparente. Los profesionales están desocupados, no tienen enfermos a quienes examinar, y en cambio las curvas de morti-morbilidad acusan cifras verdaderamente vergonzosas para nuestra civilización. Es que el médico aquí convertido en mercadería sufre la ley inexorable de la oferta y la demanda, y así se explica que aun faltando médicos para atender debidamente a una población, aparezcan en exceso, porque el poder comprador (clientela capaz de cotizar) está reducido a un pequeño grupo. De ahí el malestar económico, que en la mayoría de nuestros países y en algunos de Europa, se deja sentir en una forma trágica sobre la inmensa mayoría de los médicos.

Si exploráramos el campo de la otra medicina, de esa medicina oficial que ha nacido como consecuencia de las bases teórico-filosóficas de la moderna política social, nos daríamos cuenta fácilmente que la situación del médico dentro de ella deja también mucho que desear.

En primer lugar, los grandes organismos de previsión social están todavía en una época de iniciación, aunque en algunos países tengan ya más de 50 años. Esto hace que sean incompletos y no tengan la organización definitiva o suficiente para que el médico pueda desarrollar su labor en toda la amplitud y recibir

los emolumentos que le corresponden. En segundo lugar, son organismos netamente de carácter social dentro de una sociedad donde impera el capitalismo y el individualismo. De esto resulta que los seguros sociales aparecen como un parche mal puesto en una ropa remendada.

La labor del médico en estas instituciones es generalmente mal remunerada, principalmente en los países europeos con régimen de seguros obligatorios de enfermedad. Debo dejar constancia que la Caja de Seguro Obligatorio de Chile, la institución de previsión social más importante de mi país, es la que mejor paga a sus médicos funcionarios, aunque dista mucho todavía de haber alcanzado el desiderátum en materia de equidad en cuanto a honorarios de sus servidores médicos se refiere.

Las Cajas de previsión siempre tienen el personal que necesitan, porque saben de la desocupación y de la miseria de los médicos en la esfera de la profesión liberal. De esto se aprovechan seguramente las Cajas para mantener sueldos de hambre en la mayoría de sus funcionarios médicos.

En resumen, existe una explotación en uno y en otro campo del trabajo de nuestros colegas. Lo explota el público que deja en muchos casos de pagar sus honorarios; lo explota la Beneficencia Pública y privada y finalmente lo explotan también los organismos de previsión social. Es necesario decir esto muy alto, gritarlo a la faz de los pueblos de América y si fuera posible a la del mundo entero, para que en un gesto de justificada rebeldía exigieran una solución a este problema y una mayor dignificación á la forma sacrificada, humanitaria y con profundo espíritu social, con que los médicos luchamos por mantener la salud, suprema ley y base de la felicidad de los pueblos.

Hemos dicho que además de consecuencias económicas para la profesión, tenía también consecuencias espirituales y culturales, la situación ambigua que hoy ocupa el médico ante la sociedad.

Espiritualmente el médico educado y formado en un ambiente y en una escuela de tendencia marcadamente liberal, sufre fuertes choques sentimentales al verse frente a los servicios de previsión social. Hay que tomar en cuenta que su mentalidad se ha moldeado

dentro de los conceptos del ejercicio de la profesión del siglo pasado y que como tal se considera defraudado en sus expectativas al tener que prestar sus servicios en los institutos de asistencia social como funcionario y no en la forma libre y con abundante clientela, como se lo imaginó mientras estudiaba en la Universidad. Esta depresión espiritual tiene gran importancia en los nuevos servicios estatales, porque si el individuo no reacciona no dará el máximo de su capacidad técnica ni de su entusiasmo en las labores que tiene que desempeñar. Este complejo de defraudación es muy común observarlo en los médicos jóvenes que desde la Universidad pasan inmediatamente a desempeñar algún puesto de médico funcionario, sin antes haber sufrido la desilusión de la falta de clientela libre.

Este shock emocional tiene una profunda repercusión en la personalidad del individuo y no son raros los casos en que llegan a producirse estados depresivos del ánimo y una inhibición de las actividades volitivas.

Culturalmente el médico funcionario sale ganando, porque desde estos puestos, desde estas actividades, puede ver en un dilatado horizonte cómo se gestan las enfermedades y cómo se pueden atacar. Desde aquí observa el hogar del proletario, su familia, escruta en el trabajo y saca de todo esto una síntesis tan completa que va a formar su criterio político-social y médico-social. Todo esto sin perjuicio de poder tener los medios y oportunidades para perfeccionarse en su técnica médica propiamente dicha, tomada en el sentido arcaico del concepto. ¿Cómo reacciona la enseñanza oficial ante esta tragedia de los miles y miles de médicos que lanza al mundo año tras año? Pues, en el sentido más cómodo, no reacciona. Sigue sorda a lo que pasa en la vida, sigue enseñando y preparando médicos técnica y mentalmente con los atributos de la medicina individual, es decir, de la medicina liberal, sin tomar en cuenta que sólo el 5% de sus egresados van a tener una clientela que les permita vivir y que el 95% ingresarán a las Cajas de previsión o a los institutos asistenciales del Estado, haciendo de este modo de ejercer la profesión la base única de su sustento.

Según nuestro modo de pensar la enseñanza médica oficial debiera ya reaccionar y hacer ingresar a sus programas de estudio las materias que específicamente forman la medicina social. Y además de esto ir formando la mentalidad del médico funcionario, de modo que cuando salga a la calle, sepa ya de antemano a dónde va y el papel que le toca desempeñar en la colectividad. De este modo el médico técnica y moralmente preparado para esta medicina que viene, dará el máximo de rendimiento en las labores que tiene que desempeñar. Bien entendido también que los organismos estatales sabrán responder ajustadamente, remunerando en una forma adecuada y equitativa a sus médicos funcionarios y dándoles la importancia y los atributos necesarios a su delicada misión.

II.—GENESIS Y FUNDAMENTOS DE LOS SEGUROS SOCIALES

Los Seguros Sociales constituyen instituciones genuinas de política social y tienen por objeto asegurar un salario suficiente para la subsistencia y para los riesgos a que está expuesto el asegurado durante su vida: accidente, enfermedad, invalidez, vejez, muerte y **chomage**.

Ahora bien, como el salario percibido por el trabajador cubre sólo sus necesidades en los días que trabaja, tiene el derecho a exigir que se le asegure esa subsistencia en los días de cesantía, enfermedad, invalidez y vejez.

De aquí se desprende que la institución de los Seguros Sociales tenga una base netamente económica y que represente a aquella parte no pagada del salario o "plus valía" de los economistas.

Este es el concepto que tienen los Seguros Sociales ante la Sociología; pero nosotros los médicos no vemos en ellos solamente la garantía del pago de un subsidio en dinero, sino que también vemos ahí a los organismos encargados de cuidar la salud de la colectividad o más bien dicho de asegurar la integridad biológica de la población.

Mientras que para el sociólogo, el Seguro Social es una cuestión puramente económica, para el médico, además de económica es de saneamiento. En esta forma los organismos llamados de previsión médico social llenan justamente este doble aspecto de integridad económica y biológica.

La mayoría de las Cajas de Previsión Social de mi país tienen este doble aspecto, principalmente la Caja de Seguro Obrero Obligatorio que comprende a la mayor parte de la población obrera de Chile.

En esta forma la política social moderna ha sustituído a la asistencia del necesitado por la previsión en su doble aspecto económico y médico. Ella capacita a cada individuo económicamente, de manera que no necesite implorar socorro en caso de cesantía, de enfermedad o de invalidez. Pero al mismo tiempo se hace cargo de la atención de su enfermedad, o trata por prácticas de profilaxis de mantenerlo siempre en estado de salud.

En esta forma el Seguro Social, asociando a toda la población que trabaja, administra por sí mismo los respectivos servicios y hace aumentar las reservas del seguro en obras tendentes a mejorar el standard de vida de sus asegurados y disminuír así los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez prematura y muerte.

Es interesante tratar de ahondar un poco en esta materia para buscar los orígenes verdaderos de los Seguros Sociales. Un hecho desde luego se puede poner fácilmente en evidencia y es que este origen no es único, sino múltiple. En primer lugar debemos señalar las fuerzas impulsivas de las masas populares mismas en orden a obtener un mayor bienestar y una seguridad en los momentos aciagos de la existencia. La creación de las mutualidades, tan comunes en el pasado siglo, tienen su origen en estas impulsiones populares y señalan un eslabón en el perfeccionamiento de los Seguros Sociales.

El mutualismo como doctrina ya involucra la idea de previsión y el afán de labrarse un derecho a costa del propio sacrificio. Este sentimiento mutualista ha nacido espontáneo en las propias masas de proletarios como un afán de previsión económica y como una demostración de su espíritu de solidaridad humana.

Como segunda fuerza originadora de los Seguros Sociales citaremos las nacidas del propio Estado, que en las mayorías de las veces han respondido a exigencias de parte del pueblo o a medidas políticas de defensa contra partidos poderosos de oposición. Tenemos el ejemplo más palpable de esto en los acontecimientos políticos que precedieron la dictadura del seguro de enfermedad en Alemania. En muy raras ocasiones ha nacido de un gesto espontáneo de los gobernantes, teniendo en cuenta sólo el concepto de una justicia social.

Otra fuente importante de estas fuerzas que ha contribuído a la expedición de leyes de seguro social, han sido los períodos de crisis económicas que periódicamente afligen con más o menos intensidad a los diferentes países. Estas depresiones con el cortejo de cesantía, enfermedades y muerte que inevitablemente producen, han puesto de manifiesto las desgracias y miserias que podrían haberse evitado con la implantación de oportunos medios de previsión social.

Finalmente, la opinión hablada y escrita de hombres de espíritu selecto, la divulgación y propaganda de los principios sociológicos modernos, han forzado por una parte a los gobiernos y han encendido el entusiasmo en las masas, precipitándolas a exigirlos de aquéllos.

A.—La Caridad

El concepto de caridad es la primera manifestación que encontramos en el desarrollo de la asistencia a los indigentes. Bajo el punto de vista filosófico e histórico la atención caritativa hacia nuestros semejantes debe ser tan antigua como la humanidad misma, ya que ella debió empezar desde el mismo momento que hubo seres más capacitados frente a seres de menor capacidad o simplemente incapaces. Ella debe haber nacido del sentimiento de solidaridad y compasión hacia nuestros semejantes desgraciados. Sin duda marca un momento interesante y de gran significación en el desarrollo de la humanidad, pues su nacimiento individualiza más que ninguno otro atributo la calidad del ser humano. El adveni-

miento de los sentimientos religiosos no hizo sino afirmar y robustecer en el ser humano esta cualidad casi innata, principalmente en algunas religiones, como la cristiana, que elevan este sentimiento de caridad a la categoría de divino.

La situación privilegiada de la iglesia durante la Edad Media y gran parte de la Moderna, hizo posible que estas concepciones morales de los primeros cristianos se hicieran prácticas por medio del socorro que los conventos y monasterios, centros de paz y de abundancia, prodigaban a los desamparados de su jurisdicción y a los caminantes y vagabundos que tanto abundaban en esa época. El propio Hospital, centro y nervio de la Asistencia Social moderna, tuvo su origen en estas hospederías anexas a los monasterios y que en aquel entonces empezaron siendo refugio de pobres y de mendigos. Sólo posteriormente se empezó a admitir en ellos a los enfermos.

En muchos países de raigambre católica las obras de asistencia social son aún meros organismos de beneficencia privada o pública que dan sus prestaciones con el doble espíritu de caridad hacia los pobres y de filantropía de los ricos. El dinero proveniente de la caridad privada y el que aporta el Estado a título de subvención, es manejado por corporaciones compuestas en su mayor parte de hombres de buena voluntad y de espíritu filantrópico. Muchas de estas organizaciones son obras que mantienen las comunidades religiosas o en las cuales la Iglesia tiene una participación muy importante. Es la caridad cristiana que se manifiesta por la mantención de hospitales, asilos para ancianos o viudas, asilos de huérfanos y muchos otros establecimientos de asistencia a indigentes.

Así pues, hoy en día la caridad privada se manifiesta en dos formas, que a veces se combinan: la caridad cristiana y la caridad de los filántropos. Estas instituciones de Beneficencia privada administran sus bienes en la forma que mejor les parece y sin dar cuenta a nadie de su empleo.

Pero no tan sólo la caridad la ejerce la Iglesia y la Filantropía, sino que además la ejerce el Estado por intermedio de la Beneficencia Pública y por los servicios de Asistencia Social.

La Beneficencia Pública es un organismo semi-fiscal, por lo menos entre nosotros, que nació como iniciativa privada. En su administración tuvo hasta hace poco el Estado una cierta participación solamente. Nuestra Beneficencia Pública, que era una corporación de derecho público, con sus bienes propios, contaba con una importante subvención fiscal. Actualmente ese organismo es netamente fiscal y el Estado tiene todo el control de su administración, habiéndolo convertido en el Servicio nacional de Asistencia Social.

B.—La Asistencia Social

La Asistencia Social representa la segunda etapa en este lento desarrollo hacia la creación de los seguros sociales. La preocupación cada vez mayor de los poderes públicos en la asistencia hacia los indigentes y nacida del concepto de que es obligación del Estado mantener la salud de la población y los medios de subsistencia de los habitantes, ha hecho que la antigua Beneficencia privada o pública se transforme poco a poco en Asistencia Social.

Como se ve, la diferencia entre asistencia caritativa y asistencia social estriba principalmente en este concepto de obligación de los Poderes Públicos hacia la asistencia de los indigentes. La caridad facultativa se ha convertido en caridad obligatoria. Eso es todo.

En los países germánicos este concepto nació mucho antes que entre nosotros, pues se aceptaba en los primeros tiempos de la Reforma religiosa que la asistencia de los indigentes debiera ser un servicio público de carácter laico y obligatorio. La doctrina luterana sienta, pues, las bases fundamentales de la asistencia social al ordenar que: 1º—Todo el que es capaz de trabajar está obligado a retribuír con su trabajo lo que consume; 2º—Solamente son acreedores a socorro sin trabajar los incapaces, las viudas, los enfermos y los huérfanos 3º—Todo el que puede trabajar tiene derecho a reclamar ocupación y medios de subsistencia en cambio de ella; y 4º—El socorro al indigente debe limitarse a lo indispensable para no paralizar la iniciativa individual.

La experiencia de Inglaterra en lo que respecta a asistencia social es muy instructiva, porque fué el primer país que puso en práctica las ideas político-sociales del protestantismo.

Ya en 1536 se obliga a las Municipalidades a alimentar y a dar otras clases de socorro a los pobres de sus respectivas comunes. En 1572 se establece el **Poor-Rate** (Impuesto de pobres) para dar asistencia a los sin recursos y fundar asilos y otros establecimientos hospitalarios para enfermos e inválidos. La reina Isabel fundó los **Boards of Guardians** (cuidadores de los pobres) y creó el **workhouse**.

Estas instituciones, que con ligeras modificaciones persisten hasta el día de hoy, tienen a su cargo todo lo que se relaciona con la asistencia social. La Comuna o reunión de Comunas tiene la obligación legal del socorro en el sentido más amplio del concepto a todo individuo que lo necesite. Cuenta para esta tarea con la autorización legal de poder cobrar y percibir el impuesto de pobres, que es una contribución especial sobre la propiedad raíz. Es necesario dejar constancia de este hecho interesante. En este país la asistencia social, como obligación del Estado, está asegurada por un impuesto fijo sobre algo inmutable y seguro como es la propiedad raíz. La administración y la ejecución de estos servicios está a cargo de los **guardians of the poor** (tutores de los pobres).

En Alemania la asistencia social se desarrolló de una manera un poco diferente, debido al hecho de existir en este país, desde hace mucho tiempo, rudimentos del Seguro Social que han hecho más completa y más eficaz a la asistencia. Aquí el socorro a los indigentes está a cargo de un servicio público de carácter laico y obligatorio. La ley expresa la obligación a las municipalidades, de prestar socorro a todo enfermo sin recursos y en general a toda persona necesitada "cuando no tenga fuerzas suficientes o no esté en situación de procurar para sí y los suyos lo indispensable para la subsistencia, ni pueda conseguirlo de bienes propios de fortuna o de algún pariente a quien incumba el deber de ayudarlo".

La asistencia de pobres se limita en Alemania a una pequeña parte de la población, que es el residuo que dejan los seguros sociales. La ley de Asistencia a los indigentes fué sancionada por la

confederación alemana, poco después de mediados del siglo pasado, como una aplicación general de lo que se hacía desde largo tiempo atrás en algunos Estados alemanes. Contrariamente de lo que sucede en Inglaterra, aquí no hay recurso judicial para exigir la asistencia, sino sólo recurso de carácter administrativo.

En Dinamarca existe una asistencia social muy avanzada. Además de la ley de pobres que tiene mucho de parecido con las correspondientes leyes de Inglaterra y Alemania, existen las disposiciones de la ley de 1891 que determina la asistencia y ordena instituír pensiones a los ancianos de más de 65 años, privados de medios de vida y que acrediten conducta honorable. En la práctica se da un subsidio que para los jefes de familia es de dos coronas semanales en los campos y de 4 en las ciudades. Esta pensión de ancianidad representa un avance en la asistencia social porque dignifica la situación del anciano pobre y honorable, eximiéndolo de tutela y del paternalismo de los servicios de asistencia social. Esta pensión la recibe directamente del Estado. Los gastos que demanda esta ley de ancianos los hacen mitad las comunas y mitad el Estado.

Las características de la Asistencia Social francesa emanan de la ley correspondiente de 1905 y comprende una asistencia de pobres en general y una asistencia de ancianos. Aquí, pues, se han refundido en una misma ley las dos independientes que existen en Dinamarca.

La asistencia de ancianos prescribe que "todo francés privado de recursos, incapaz de subvenir por su trabajo a las necesidades de su existencia y sea de más de 70 años de edad, sea atacado de una invalidez por enfermedad o de enfermedad reconocida incurable", tendrá derecho al socorro y asistencia del Estado.

Los que no son ancianos de más de 70 años, ni inválidos, son atendidos por la Asistencia Pública, institución que data desde la Revolución y que tiene mucha analogía con la inglesa.

En nuestro país la Asistencia Social tiene su origen principal en la medicina de caridad. La Beneficencia Pública fué hasta hace más o menos 15 años, una institución autónoma, que ejercía sus funciones asistenciales por medio de la mantención de hospitales para enfermos indigentes. Al mismo tiempo contaba con asilos

para ancianos, inválidos y enfermos incurables. La atención de huérfanos, viudas y de otros menesterosos estaba a cargo de sociedades de beneficencia privada. Sociedades filantrópicas atendían el vestuario y la alimentación de los hijos de los pobres. Los policlínicos de la Cruz Roja y consultorios de la Cruz Blanca completaban este sistema de atención a los menesterosos hecho por organismos de socorro y financiados en su mayor parte por sus entradas propias y por una pequeña subvención del Estado. En este sistema de beneficencia de caridad privada y más o menos organizada, los poderes públicos no tenían otro papel que el de destinar periódicamente algunas sumas de dinero para ayudar a los gastos. Prácticamente no tenían participación alguna en la administración ni en la dirección de estos servicios. Es verdad que al lado de todos estos organismos el Fisco mantenía algunos servicios públicos. como ser los encargados por las leyes a los Municipios y el servicio de Sanidad Nacional, que hacía en ese entonces una especie de policía sanitaria.

En estas circunstancias el Gobierno comprendió que había llegado el momento de preocuparse preferentemente de la salud de la población y con un criterio más moderno, creó el servicio de Asistencia Social. Como base de esta nueva organización sirvió la antigua Beneficencia Pública, que de servicio autónomo se transformó en un servicio del Estado. Una ley especial y un reglamento fijaron las bases y los principios generales. Desde entonces se ha dictado varias leyes modificatorias de esta primera, con el fin de ir perfeccionando su estructura y su administración.

La ley de Asistencia Social que hoy en día nos rige data del año 1932 y fué promulgada por el Presidente Montero y su Ministro de Salubridad Dr. Sótero del Río, el 30 de Abril de ese año y lleva el número 5115. En ella se crea la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, que tiene la dirección superior de estos servicios y las juntas locales, que la secundan en su labor, pero a título meramente informativo. El ejecutor de la Junta Central es el Director General de Beneficencia, funcionario nombrado directamente por el Gobierno.

Es curioso observar el hecho que la Asistencia Social entre nosotros se haya reducido a la prestación de servicios a los enfermos y se desentienda casi de los inválidos, de los cesantes, de las viudas y de los ancianos.

Haciendo un resumen de lo que significa la asistencia social después de conocer alguna de sus características en los países en los cuales la hemos analizado, podemos decir que es el resultado de una evolución que tiene sus orígenes en la caridad privada y en el sentimiento de compasión humana, que la moral cristiana logró despertar en sus prosélitos. Además arranca del sentimiento del deber, de parte del Estado de asegurar el sustento y la salud de los habitantes.

Los socorros que presta la Asistencia son en principio un don gracioso; en cambio los beneficios de los seguros sociales son un derecho legal individualmente adquirido por su propio trabajo. La asistencia humilla y degrada al que la recibe, en cambio el seguro social dignifica al que hace uso de él.

C.—Los Seguros Sociales

Representan la tercera etapa en el desarrollo de las conquistas político-sociales y son, como hemos dicho, dignificadores de la personalidad humana.

El Seguro Social surgió como producto directo de las iniciativas privadas de ayuda mutua. Así, pues, el mutualismo representa el primer ensayo de seguro colectivo.

La evolución del Seguro Social en Alemania es importante de conocer, por ser este el país que tiene el sistema de seguro socializado más completo y por haber sido el iniciador en esta materia.

Aquí fué el producto directo y genuino de las fuerzas vivas de la nación y del sentimiento de sociabilidad alemana los que impulsaron el nacimiento de los Seguros Sociales.

Las otras causas que se señalan como sus generadoras no son sino simples accidentes o causas coadyuvantes. Por estas razones podemos darnos cuenta que los Seguros Sociales, por lo menos en Ale-

mania, han tenido una raigambre popular y político-social y no representan de ninguna manera el gesto bondadoso y espontáneo de un mandatario o de un grupo de hombres de gobierno que se quiere congratular con sus subordinados.

La legislación surgió como una medida de carácter político en el sentido de que se creyó que así se iba a terminar con el Socialismo amenazador de aquellos tiempos y que serviría para aplacar a las masas.

Con este mismo criterio Bismark aprovechó de esta legislación para crear los Seguros Sociales. En ella se pone de manifiesto el genio organizador y administrativo del gran Canciller.

Estudiaremos de una manera rápida los antecedentes que motivaron la legislación social en Alemania y las causas que provocaron después su enorme desarrollo.

Parece que los Seguros Sociales tienen su origen en las antiguas Cajas de los gremios mineros, que datan desde la Edad Media. Estos gremios de mineros se organizaron atendiendo al imperativo de defenderse contra el peligro que significa la industrialización en grande de las empresas mineras. El código de minas de un pequeño Estado alemán los menciona y los reconoce ya en 1350.

El Corpus juris Saxonici de 1493, ordena a los dueños de las minas prestar atención médica a los enfermos y pagarles por cuatro semanas sus salarios íntegros. El código de minas del electorado de Colonia prescribe en 1669 que los obreros impongan en la Caja de Socorros Mutuos una cuota fija, cuyo producto se destinaba a la atención de los enfermos, de los inválidos, de los ancianos, de las viudas y huérfanos. He aquí un seguro social en forma de mutualidad perfectamente organizado.

La ley de minas de Prusia de 1854 estableció la obligación de asegurarse en estas Cajas Mineras cuyos beneficios eran asistencia médica, subsidio de enfermedad y por accidente, derecho a entierro y montepío a las viudas y huérfanos. Las imposiciones las daban el patrón y el obrero por partes iguales. En 1878 las cajas mineras prusianas eran 85, con un total de 252,388 asegurados; prestaron asistencia en ese año a 18,230 inválidos, a 20,814 viudas y a 36,856 huérfanos.

Al lado de estas actividades sociales de los obreros mineros, otros sectores de trabajadores también se habían unido en gremios, fundando asociaciones de socorros mutuos, que nunca alcanzaron el desarrollo de las Cajas de mineros.

A pesar de la iniciativa y del entusiasmo de los obreros mismos y del sentimiento de responsabilidad social de algunos buenos patronos, estas tentativas de política social tenían un desarrollo muy lento y sus realizaciones, una vida muy precaria. Faltaba la acción estatal y la coordinación dentro de un gran servicio, para que este movimiento tomara la importancia que alcanzó después.

Al efectuarse la unión alemana, acontecimiento político de gran importancia para la nación y para todas sus actividades, el concepto del seguro social tuvo un rápido desarrollo, ganando mucho en la opinión pública. Penetró profundamente en la mentalidad del pueblo y ganó a los representantes de éste en el Reichstag. Fueron muchos los miembros de esta corporación que con sus discursos convencían a las masas de sus beneficios e insinuaban al gobierno imperial, presidido por el Canciller de Hierro, a que enviase el mensaje correspondiente para ser discutido.

Entre estos campeones de la causa social del pueblo es necesario recordar al Barón Stumm, aristócrata y conservador, que después de muchas tentativas infructuosas logró hacer aprobar una moción en el año 1879, que consiguió interesar en esta cuestión al gobierno de Bismark. Es curioso el hecho que los enemigos principales de la moción de Stumm hayan sido los socialistas y liberales.

El gobierno sólo respondió en Noviembre de 1881, mandando el célebre mensaje que creó el Seguro Social Obligatorio en toda Alemania. Esta primera ley aprobada comprendía sólo el seguro de enfermedad. Leyes posteriores completaron la magna obra social que representan los Seguros Sociales alemanes.

A manera de resumen diremos que en Alemania el Seguro Social surgió como una necesidad histórica y de la unión ocasional de tres fuerzas diferentes y poderosas que convergiendo a un mismo punto, dieron por resultado su creación: primero, el sentimiento de previsión de la masa trabajadora; segundo, el sentimiento de res-

ponsabilidad social de los patronos; y tercero, la preocupación social de los gobiernos alemanes imperiales.

LOS SEGUROS SOCIALES EN CHILE.—Con la dictación de la ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley 4054 de 8 de Septiembre de 1924). empieza en Chile la etapa de los Seguros Sociales. Antes de esta época apenas si encontramos rastros de las formas más primitivas de la Previsión Social. Esta se ejercía en forma privada por medio de las mutualidades de gremios de empleados y obreros. Nuestra principal ley de previsión social irrumpe en un ambiente convulsionado por el malestar político, económico y social, producto de la lucha apasionada de los partidos políticos y de las inquietudes que agitaban a las masas de trabajadores en esa época.

Nuestra política social no nació, como en Alemania, de las fuerzas instintivas de previsión de las masas, sino que debe su origen a la preocupación de buenos legisladores y a la iniciativa de un gobierno deseoso de mostrarse magnánimo. Entre esos buenos legisladores ocupa un lugar preferente el eminente hombre público y Prof. de la Universidad de Chile, Dr. González Cortez, a quien con toda justicia se le llama el autor de la ley de Seguro Obrero Obligatorio.

El Dr. José Vizcarra. Médico-Jefe del Consultorio de Asegurados de Valparaíso y uno de los impulsores más decididos de esta ley y profundo conocedor de sus problemas, manifiesta en uno de sus libros: "No fué tarea fácil, en los primeros tiempos, poner en movimiento un mecanismo de tan compleja estructura como lo es la Caja de Seguro Obligatorio. Teóricamente sus finalidades estaban perfectamente decididas y su organización y funcionamiento bien trazados, pero en la práctica, qué de inconvenientes y de obstáculos imprevistos amenazaron muchas veces derrumbar el edificio tan pacientemente levantado".

Las causas de estas dificultades residían en la indiferencia de parte del cuerpo médico, la hostilidad de los patronos, que daban con desagrado una cuota que no tenían costumbre de pagar, y la resistencia de los obreros mismos, que a pesar de ser los beneficiados, no tenían la noción de previsión, ni nunca se habían preocupado de su propio porvenir.

Esta ley comprende a todos los asalariados con renta anual inferior a $ 8000. Sus fondos se forman con las aportaciones del 3% del salario, por parte del patrón, del 2% por parte del asegurado y del 1 % que pone el Estado. Ultimamente el aporte patronal ha subido a un 5 % y el del Estado a un 1½ %.

Los beneficios son: 1º aparte de la asistencia médica completa, un subsidio equivalente al salario integro durante la primera semana. 2/3 durante la segunda semana y la mitad hasta la curación de la enfermedad. Paga 300 como cuota mortuoria, 2º pensión de vejez, a partir de los 65 años y de maternidad para la embarazada (asistencia médica, 100 para ropas del recién nacido y subsidio de la cuarta parte del salario durante los 8 meses subsiguientes al parto), 3º además la pensión de invalidez.

Esta Caja tiene actualmente más de un millón de asegurados y fondos acumulados, más o menos 300.000,000 de pesos.

Al mismo tiempo que surgió la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, se formaban otras Cajas de previsión, siendo las más importantes la Caja de Empleados Públicos y Periodistas, y la Caja de Empleados Particulares. Actualmente existen en el país más de 30 Cajas diferentes.

D.—El Trabajo Médico en los Seguros Sociales

Debemos hablar ahora de un punto muy importante y que ha sido muy discutido no tan sólo entre los profanos de la medicina, sino que también entre los mismos médicos: nos referimos a la mejor forma de prestar los servicios médicos a los asegurados. La cuestión más importante a este respecto lo constituye el discutir si esta atención debe hacerse por médicos de libre elección, como se hace en Alemania, o por médicos a sueldo fijo, médicos funcionarios, como se hace actualmente en Chile.

En nuestra Caja la atención médica se hizo al principio por el sistema de la libre elección. Es decir, el asegurado enfermo consultaba a cualquier médico que se hubiera inscrito en las listas del seguro y éste pagaba una tarifa standard por cada consulta. Este

sistema prácticamente fracasó y hubo que cambiarlo por el de médicos funcionarios a sueldo fijo.

Haremos primero un análisis de las ventajas e inconvenientes de cada uno de estos sistemas, tanto desde el punto de vista teórico como práctico y en seguida daremos a conocer las causas que a nuestro juicio hicieron fracasar el sistema de libre elección entre nosotros.

SISTEMA DE LIBRE ELECCION.—Este sistema se basa fundamentalmente en el derecho que tiene cada enfermo de elegir libremente al médico que cree más capacitado para tratar su enfermedad. Este concepto es la base del ejercicio profesional privado y liberal. Desde el punto de vista teórico es lógico suponer que el asegurado goce de este derecho, ya que el Seguro Social lo coloca en las mismas condiciones en que está cualquier individuo de nuestra clientela particular. Además, todos los médicos sabemos la enorme ventaja que significa para el buen resultado de nuestra prestación de servicios profesionales, el hecho de tener la confianza y la fe de nuestro cliente. Son muchas las enfermedades en que el médico necesita de esta aureola de prestigio y de sugestión personal para poder tratarlas con más probabilidades de éxito.

Pero al lado de estas ventajas, hay algunos inconvenientes que también son muy importantes y que trataremos de poner de manifiesto. En primer lugar es un inconveniente dejar al asegurado el libre albedrío de la elección del facultativo, porque en muchas ocasiones, ignorante de la calidad de su enfermedad, se orienta mal respecto al médico que debe consultar. Esto perjudica al asegurado porque lo hace perder tiempo y perjudica a la Caja porque le hace perder dinero. En segundo lugar los adelantos de la técnica han hecho indispensable la atención médica en equipos. Hoy día no se concibe sino como una mera orientación en el diagnóstico y en el tratamiento el examen clínico o instrumental del médico en su bufete particular. Un diagnóstico completo, con todas las características del conocimiento del factor o factores morbosos y del terreno en que éstos evolucionan, no es posible sino a un conjunto de técnicos trabajando en equipos armónica y cuidadosamente formados.

La medicina instrumental y los laboratorios necesarios para el trabajo clínico son instalaciones sumamente costosas, que los médicos libres individualmente no pueden disponer para el diagnóstico y tratamiento de los asegurados.

Además, tenemos todavía otro gran inconveniente que señalar en el sistema de atención por la libre elección y es el relativo a la orientación que debe dársele a la Medicina en los Seguros Sociales. Nos referimos a la Medicina Social o de masas, con marcada tendencia preventiva. En efecto y como en un capítulo más adelante lo veremos, es necesario orientar la medicina de los Seguros Sociales hacia la previsión, hacia los exámenes precoces y sistemáticos de manera de hacer medicina de masas y medicina precoz. Esta es la única forma de financiar a la larga los Seguros, de mejorar la morbilidad y la mortalidad y por ende el coeficiente sanitario de la población asegurada. Es haciendo previsión médico-social como se puede dar el triunfo definitivo a los seguros sociales y dar la salud y felicidad a la colectividad.

Con este sistema de atención en los Seguros es imposible pensar siquiera en la libre elección.

Estos son a grandes rasgos los inconvenientes teóricos de la libre elección. Hay muchos todavía de orden práctico, algunos de los cuales conoceremos a continuación al hablar del fracaso de esta forma de atención entre nosotros.

Una de las causas que motivó el fracaso de la libre elección fué el afán creciente de muchos médicos para conquistarse una mayor clientela de asegurados. En este sentido seguían una política de excesiva prodigalidad en la concesión de subsidios o de medicamentos, como los tónicos, que son muy apreciados por nuestro pueblo. De este modo se conquistaban fácilmente el aprecio de los asegurados y aprovechaban magníficamente esta situación. Este fenómeno se ha observado también en el seguro alemán, donde existe la libre elección. El Dr. Liek dice que en ese país hay médicos de libre elección que atienden en su consulta 50, 60 y aun 100 y 200 asegurados diariamente. A estos médicos se les llama Kassenlowe (leones de las Cajas). Cito una estadística dada por el Dr. Vizca-

rra en su libro "Medicina de la Previsión", respecto a este punto y sacada del consultorio de Valparaíso:

	Consultas y visitas	Días Incapacidad	Sumas pagadas
Libre elección 1º de Enero a Dic. 1926	35.357	139.370	$ 508.095,20
Médicos funcionarios 1º de Julio de 1928 al 31 de Diciembre de 1931.	329.833	689.148	„ 1.699.244,85

Los índices que se desprenden de estas cifras son los siguientes:

	Días Incapacidad	Sumas pagadas
Por consultas otorgaron: Libre elección	3.92	$ 14,29
Médicos funcionarios	2.08	„ 5,15

El Seguro no podía tolerar este dispendio en consultas, en tónicos de ninguna eficacia y en subsidios.

Por otra parte, las asociaciones médicas gremiales no estaban todavía definitivamente organizadas entre nosotros y no podían por este motivo tomar la representación del cuerpo médico para tratar en forma colectiva la prestación de servicios a los asegurados, que habrían hecho posible seguir por algún tiempo con el sistema de libre elección. En Alemania son estas asociaciones de los médicos las que permiten continuar con este sistema de atención.

Atención con médicos funcionarios

La forma de atención médica empleada en la Caja de Seguro Obrero ha pasado por tres etapas diferentes desde su fundación hasta nuestros días. En la primera la atención médica era individualista, es decir, cada médico encerrado en su bufete examinaba a

su enfermo, sin ayuda de instrumental especial y sin la cooperación de nadie. En el Seguro Social se seguía realizando la misma medicina que se hacía en la antigua Beneficencia, curativa e individual.

En esta primera etapa hubo un tiempo de libre elección. Mientras en el Seguro Social se dió esta clase de atención, fué posible la discusión de cuál de los dos sistemas sería el mejor.

Viene en seguida la segunda etapa de esta evolución de la forma de ejercer la medicina en los Seguros Sociales, caracterizada por el trabajo médico en equipo, en que la colaboración y la jerarquía son respetadas y en la que disponen de todos los medios electro-mecánicos y de laboratorio para el diagnóstico y el tratamiento. Para el trabajo en estas condiciones el único sistema posible es el médico funcionario.

En la tercera etapa, en que la política asistencial del Seguro se ha orientado definitivamente, por las razones que luego expondremos, hacia la medicina social preferentemente preventiva, el sistema de médicos funcionarios es aquí más imperativo que en la segunda etapa.

Balance del trabajo médico en el Seguro Social después de 10 años de labor.—Orientación que debe darse a la Medicina en los Seguros Sociales.

Después de 10 años de labor los principales funcionarios de la Caja de Seguro Obrero chilena se reunieron en una magna e histórica asamblea en los Maitenes para conocer el resultado de la acción efectiva del Seguro Social en la salubridad general del país y en la de los asegurados particularmente. Este balance arrojó un resultado francamente desastroso. La morbilidad y la mortalidad del país y de la masa asegurada no había disminuído absolutamente nada. Cedo la palabra aquí al Dr. José Vizcarra, autor de un importante y documentado estudio que pone de manifiesto lo que estamos asegurando y que presentó a la reunión aludida. El Dr. Vizcarra termina: "Hemos estudiado la enfermedad, la invalidez y la mortalidad en el Seguro Social de Valparaíso, pudiendo sintetizar nuestra larga exposición en unas pocas conclusiones:

a).—La morbilidad es cuantitativa y cualitativamente considerable, distinguiéndose los rublos relacionados con la tuberculosis, la sífilis, las gonococias, las dermopatías infecciosas y las toxemias;

b).—En la invalidez se destacan claramente las lesiones parasifilíticas; y

c).—En la mortalidad recobra la supremacía la tuberculosis, seguida de las lesiones cardio arteriales y pulmonares, adquiriendo estas últimas un valor preponderante en la mortalidad infantil.

Ahora nos corresponde contestar las preguntas que nos hiciéramos al comenzar este estudio morbígeno y letal.

Debemos considerar que el número de asegurados en el país debe ascender a la cantidad de 886,845, lo que se desprende de la distribución de la población por actividades.

Este número representa el 20,6% de la población total del país y a ello debemos agregar el número de niños que reciben asistencia en la previsión y que calculamos en 6,66% de los que nacen vivos en el país. Estos porcentajes son lo suficientemente amplios para exigir al Seguro Social una influencia definitiva en las tasas de mortalidad de Chile; sin embargo, observando el gráfico Nº 9 se puede ver que las cifras de la mortalidad general e infantil han aumentado desde el año 1928, negando con esto la influencia que se debió haber observado con el establecimiento de la previsión.

No negamos la influencia que puede tener en estos resultados la crisis económica que ha azotado al país; pero estimamos que ella no ha sido lo suficientemente aguda como para dar este resultado; en cambio en el gráfico Nº 9 se puede observar un fenómeno que habla más en favor de causas patológicas que económicas; nos referimos a la disminución de la natalidad desde el año 1928 como consecuencia directa del incremento inusitado y considerabilísimo de la mortalidad en estos últimos 20 años.

Creemos, pues, que el Seguro Social no ha influído en forma visible en la mortalidad, ni tampoco en la morbilidad, pues es muy inquietante el aumento constante de la asistencia hospitalaria, la que no guarda relación con el encarecimiento de la vida, ni con las

comodidades que se ha logrado con el perfeccionamiento asistencial de estos últimos años''.

Analizando las causas de este fenómeno, hasta cierto punto paradojal, se llegó a la conclusión que la política asistencial que había seguido la Caja durante esos 10 primeros años de existencia de la ley, era la causa directa de este resultado. En efecto, la atención médica de la Caja no se diferenciaba en nada de la proporcionada por los policlínicos de los hospitales de la antigua Beneficencia Pública. Hasta ese momento nuestra principal institución de Seguro Social no había hecho otra cosa que tratar a los individuos enfermos, contemplando y desentendiéndose de las verdaderas causas de las enfermedades. El Seguro Social no hacía otra cosa que recoger la escoria y el producto de la catástrofe del dominio pleno de las causas morbígenas.

La política de cuidado a la madre y al niño, la pesquisa de las lúes latentes, el descubrimiento de las tuberculosis incipientes, el cuidado precoz de las enfermedades circulatorias, la aplicación de la medicina del trabajo y el estudio de los factores ambientales de la enfermedad, no habían preocupado seriamente a la institución. La Caja había hecho hasta entonces puramente medicina curativa, olvidando hacer profilaxia, medicina precoz y saneamiento del ambiente. Esto es medicina social. Desde entonces sus funcionarios han comprendido que por encima de los cálculos actuariales está el estudio de las verdaderas causas de nuestra alta morbo-mortalidad y que la política asistencial debe evolucionar hacia una política preferentemente preventiva. Gran parte de este programa lo puede desarrolar la Caja con sus propios medios; y en cuanto al saneamiento del ambiente y a la elevación del standard de vida, aun cuando son factores que están fuera del radio de acción del Seguro Social, puesto que dependen de circunstancias nacionales, éste puede tener, sin embargo, cierta influencia. La política de inversión de capitales en obras que indirectamente benefician a los asegurados, contribuyendo a la buena habitación, al suficiente alimento y al vestuario, representa esta ayuda de la Caja a la política social general del país. Sólo en esta forma y después de muchos

años de lucha se conseguirá hacer bajar la curva de morbo-mortalidad.

Con esta política de verdadera previsión la Caja posiblemente no ahorrará dinero, pero en cambio ganará salud, que vale más que el dinero.

Esto no quiere decir que los servicios médicos de los Seguros Sociales deban abandonar el cuidado de sus enfermos, para preocuparse exclusivamente de la prevención de las enfermedades. Nó, de ningún modo y en este sentido la medicina curativa debe hacerse con todos los recursos de la técnica moderna. Se trata sólo de poner en práctica el viejo aforismo médico de que es más importante prevenir las enfermedades que curarlas.

Ley de Medicina Preventiva (Ley Cruz Coke)

Hace poco nuestro Gobierno ha obtenido una ley del Congreso Nacional, que se ha llamado de Medicina Preventiva y por medio de la cual va a ser posible en cierta medida, la realización de estos nuevos postulados de la medicina de los Seguros.

Esta ley signada con el Nº 6174 y promulgada el 31 de Enero de 1938, ordena a todas las Cajas de Previsión del país la creación de servicios de medicina preventiva, con el fin de vigilar el estado de salud de sus respectivos imponentes y de adoptar las medidas adecuadas a descubrir precozmente el desarrollo de la tuberculosis, de la sífilis y de las enfermedades cardio-vásculo-renales.

Con este objeto se harán exámenes periódicos de todos los asegurados de las diferentes Cajas para descubrir a los enfermos incipientes de las afecciones antes citadas. Los que resulten enfermos avanzados serán entregados a los servicios asistenciales correspondientes y sólo las afecciones en período pre-clínico serán atendidas por los organismos de esta ley. Como medida terapéutica importante impone el reposo preventivo por un largo plazo (hasta un año) con goce de sueldo íntegro, lo que correrá por cuenta de las Cajas. La ley se financia con el aumento de un 1 % en las imposiciones patronales.

Esta ley que se conoce con el nombre de ley Cruz-Coke, del eminente médico Ministro que la creó y la propulsó en forma incansable, está llamada a dar preciosos frutos en un porvenir no lejano.

El principio que inspiró a su autor, es que esta es la única forma de poder sanar estas enfermedades, de una manera rápida y económica. Los dineros que se van a gastar por este capítulo, van a ser rápidamente recompensados por el aumento del coeficiente de salud en la población. Se trata aquí de comprar salud a bajo precio, ya que comprarla en enfermos avanzados cuesta muy caro y generalmente no se consigue.

La tuberculosis, la sífilis y las afecciones cardio-vasculares y renales son las causas más comunes de las enfermedades que producen invalidez y dominan en una proporción superior al 80% en la morbilidad y mortalidad general. Hemos dicho que será una medicina barata porque se harán exámenes standarizados, rápidos y en grandes cantidades con elementos y personal adecuados.

Debemos considerar esta ley,—como su propio autor lo ha dicho en reptidas ocasiones—, como la primera realización de las aspiraciones de los médicos que luchan por la implantación de la verdadera medicina social en los Seguros Sociales.

III.—DEONTOLOGIA DEL MEDICO EN LOS SEGUROS SOCIALES

Hemos creído oportuno y aun de absoluta necesidad considerar en una larga reseña histórica y en un capítulo consagrado a la génesis y al desarrollo de los Seguros Sociales, el papel o la función que al médico le ha tocado desempeñar frente a la colectividad en las diferentes etapas del desarrollo de la Medicina. Sólo así podremos comprender toda la gama de deberes y los principios éticos que la evolución misma de la sociedad nos impone hoy en día. Y decimos esto porque creemos que no existe, ni puede existir una sola moral tomada en el más amplio concepto.

Todo pueblo o reunión de seres humanos unidos por vínculos de raza, religión o lengua, ha creado sus propios conceptos éticos

y ha tratado de generalizarlos a otras agrupaciones de hombres o de trasmitirlos a las generaciones futuras. La Moral cambia, pues, con el tiempo y las latitudes.

La Deontología médica no ha hecho otra cosa que adaptarse en las distintas edades y en los diversos países a esas directivas espirituales superiores que han constituído los principios morales codificados de los diferentes pueblos. La moral del médico no ha hecho otra cosa que marcar el paso con el tiempo en el cual le ha tocado actuar.

Pero abandonando completamente el terreno de la historia y enfocando el problema que nos preocupa exclusivamente a nuestra época, a esta etapa de tiempo que hemos vivido, podemos distinguir en una forma clara y precisa tres períodos bien diferentes en el desarrollo de la deontología médica. En el primero estudiaremos los deberes profesionales del médico en la llamada medicina de caridad; en el segundo estos mismos deberes en la práctica o mejor en la época de la Asistencia Social; y en el tercero la Deontología en la etapa del Seguro Social. Estos tres períodos marcan las tres fases del desarrollo del trabajo médico frente a la colectividad. ¿Qué debemos entender por deontología médica? Etimológicamente la palabra deontología significa estudio de los deberes. Deontología médica sería, pues, el estudio de los deberes del médico o de los deberes que tiene la medicina para con la Sociedad.

Ahora bien, según el concepto de numerosos autores, la deontología médica es aquella parte de la medicina que trata de los deberes y de los derechos del médico. Según nuestra opinión es esta la manera más lógica de comprender este concepto y al mismo tiempo que lógica, la más justa. En efecto estos dos conceptos van tan íntimamente unidos en la conducta humana que difícilmente se podrían separar. El uno es consecuencia precisa y necesaria del otro, porque verdaderamente no hay derechos sin deberes ni deberes sin derechos.

¿De dónde nace el deber? Las normas de conducta para con nuestros semejantes, el conjunto de beneficios que reciben los demás de nuestra parte, emanan de las mismas normas que los demás tienen para con nosotros. De este modo de la universalidad de de-

beres nacen los derechos, ya que son valores recíprocos. En otras palabras, no podrían existir deberes sin derechos. Este concepto filosófico que es la base fundamental de las doctrinas sociológicas modernas, no tiene por qué hacer excepción al comportamiento del médico ante la sociedad.

1º Deontología Médica en General

Si consideramos el modo de ejercer la profesión, principalmente en la clientela privada, vamos a ver que sus modalidades no han cambiado de la forma en que se hacía en el pasado siglo. En esta esfera el médico sigue siendo el mismo profesional de la era llamada liberal de la pasada centuria.

Las relaciones del médico para con sus clientes, de éste para con la colectividad y los derechos recíprocos que la Sociedad acuerda a los guardadores y mantenedores de la salud, están regidos por todos los atributos que caracterizan a la medicina liberal. Por otra parte, esto no es sino la consecuencia directa de la influencia del ambiente sobre las relaciones del médico y su clientela. En el terreno político, en el comercio, en las manifestaciones artísticas y en general en todas las relaciones entre los hombres, se nota la subordinación a ese principio filosófico de política general y de costumbres que se llama escuela liberal o del libre albedrío. En efecto, todo el siglo XIX y gran parte de lo recorrido del nuestro tiene el sello en todos sus acontecimientos de ese principio que nos legó la Revolución Francesa y que figura en primer lugar en su famoso lema: La Libertad.

En nuestra época no ha hecho sino cumplirse una vez más esa ley de que ya hemos hablado en diferentes partes de este trabajo y que consiste en asimilar la función que tiene el médico a las condiciones generales del ambiente en que actúa. Nuestras prácticas profesionales no son sino un caso particular del acontecer general.

Nuestras Universidades continúan mudas respecto a la enseñanza que debiera recibir todo egresado sobre deontología médica.

Los jóvenes médicos que salen jubilosos con su diploma de doctor, experimentan cuando se enfrentan con la vida profesional toda una serie de dudas y cavilaciones, unas de orden moral y relativas a la cuestión de discernir cuál es el deber del médico en tal o cual circunstancia, otras de orden administrativo o judicial y que nacen de las disposiciones correspondientes que rigen a la profesión médica.

El Prof. J. H. Faure dijo en un discurso pronunciado en 1926 con ocasión de la inauguración del Congreso de Cirugía lo siguiente: "La Deontología médica es el espíritu de equidad, es el espíritu de la rectitud que debe elevarse por encima de los textos y de los códigos para alcanzar las regiones serenas de la sinceridad, de la buena fe y de la verdadera justicia". A pesar de esta autorizada opinión, creemos que los médicos no deben ignorar esos textos y esos códigos porque son el producto del estudio y de la práctica de muchos años y de muchos hombres. Ahora si conociéndolos, el profesional estima que en algún caso debe colocarse por encima de ellos, es teniendo siempre presente este otro principio general: El respeto de la vida humana debe siempre ser el principal guia del médico. Es por esto que el estudio y la difusión del código de moral profesional debe ser preocupación constante en los programas de la enseñanza médica. Analizaremos aquí con un poco de detenimiento las características más sobresalientes de esta forma de ejercer la medicina llamada liberal. Este estudio tiene, además, otro aspecto que lo consideramos de mucha importancia y es el relativo a la tendencia que se advierte en muchos sectores del mundo médico para abandonar este sistema, con el cual tantas generaciones han prestado sus servicios a la colectividad, por otros que estarían más de acuerdo con las nuevas o futuras bases de la Sociedad.

Es necesario conocer a fondo las características y los fundamentos de este sistema de prestación de servicios profesionales para poderlos comparar con los nuevos que se avecinan y poder tener un criterio que permita colocarnos de uno o de otro lado.

1º—OBJETO DE ATENCION.—La característica fundamental de la medicina liberal es que es ejercida por un profesional libre, en forma individual, a un enfermo que también tiene la libertad

de escoger al médico de su confianza y está obligado a remunerar los servicios que recibe. El binomio médico-enfermo constituye la unidad característica y fundamental de todo este sistema asistencial de que estamos tratando. Esto quiere decir que el objeto, el punto de mira principal que tiene el médico es su enfermo y la enfermedad de que padece. La misión social del médico, ejerciendo en la clientela civil, se hace a través de sus enfermos individualmente considerados; tratando al individuo influye sobre la colectividad, ya que influye sobre la morbilidad y mortalidad general.

Es en el individuo mismo donde hace medicina curativa y preventiva y a lo más extiende esta acción al grupo de los familiares. Es pues, una medicina individual y unitaria. La ejerce en forma colectiva solamente cuando se hace ayudar por asistentes o por algún colaborador más competente o especializado.

Siendo el individuo enfermo el punto céntrico de su actividad, es a él a quien debe servir y satisfacer por sobre todas las cosas. En cualquier conflicto y siempre que no vaya en contra de la moral del profesional, éste debe protección y defensa al enfermo. Fuera de atenderlo en su enfermedad, la deontología le exige lealtad, cariño, buenos modales y compasión para con él. Le guarda sus secretos más íntimos y todo aquello que al ser divulgado pudiera perjudicarlo en su honor o en su hacienda. En una palabra, el médico liberal debe hacerse grato a su cliente.

2º—INTERES DEL MEDICO.—Las relaciones entre médicos y enfermos en esta clase de atención se desarrollan por las leyes económicas de la oferta y la demanda. Poca mercadería médica en el mercado y de buena calidad, significa mayor clientela y buenos honorarios; muchos médicos y standarización de aptitudes profesionales, trae como consecuencia obligada escasa clientela y bajos honorarios. Consecuencia de esto es la lucha de superación técnica entre los profesionales y la búsqueda de algún sector poco denso en oficiantes de la medicina. Pero al lado de estas medidas existen esas otras que hacen que el profesional, para formarse una clientela o para aumentar la que tiene, ponga en juego todas sus aptitudes magnéticas de atracción personal o quiera alcanzar este objeto por la perfección y la calidad de sus prestaciones.

3º—EL MEDICO Y EL ENFERMO.—Cada enfermo consulta a su médico con una idea preconcebida sobre su propio caso y sobre las causas que le han producido la enfermedad. Por esta razón resulta evidente, como asegura Etienne Martin, que la manera de obrar y de hablar del médico deberá ser diferente si se trata de un niño, de un adulto o de un anciano, pues cada uno tiene su propia psicología que es necesario saber comprender. El niño tiene sus caprichos y una gran movilidad de espíritu y es necesario que el facultativo penetre profundamente en su personalidad para poder sondear sus verdaderos estados de ánimo y conseguir en él lo que se desea. El viejo con su ideación lenta y con sus prejuicios, con la convicción íntima que tiene de la experiencia que ha creído adquirir de su temperamento y de su persona, nos ofrece un caso de atención profundamente diferente al anterior. Es necesario tomar en cuenta o aparentar por lo menos que se toman estos antecedentes de la psicología de la persona anciana. Sólo así lograremos ganarnos su confianza y dar satisfacción al respeto y a la deferencia que le debemos por su edad. La mujer y sobre todo aquella que ha perdido la salud, es extremadamente sensible a los sentimientos y de este dato de su peculiar psicología debemos saber sacar partido. En cambio, el hombre en la inmensa mayoría de los casos es más asequible al razonamiento puro y simple.

De una manera general, el médico debe comprender previamente la psicología propia de cada caso y no debe olvidar nunca que no hace veterinaria. En efecto, el médico no trata un órgano ni un conjunto de órganos, sino que siempre tiene ante él un conjunto psicofísico que reacciona todo entero a los estímulos exteriores. El cirujano que cree haber terminado su obra cuando ha repuesto una fractura anatómica y fisiológicamente, está en un profundo error; es necesario que complete su tratamiento por medio de la psicoterapia, que destruye en el enfermo el complejo psíquico de enfermedad.

Otro aspecto muy interesante de las relaciones directas del médico con su paciente lo constituye el grado mayor o menor de sinceridad que deben tener sus declaraciones sobre el pronóstico de las enfermedades. En este sentido debemos guiarnos por el prin-

cipio de que es siempre útil decir a los enfermos la verdad, siempre que esta declaración no sea perjudicial para el tratamiento o provoque en él un estado de ánimo inconveniente para su curación.

Otro punto muy interesante, que es necesario enunciar en esta rápida revista de las relaciones del médico y del enfêrmo, es el que se refiere a las creencias religiosas o a las convicciones políticas. En primer lugar toca al médico evitar traer a la conversación todo tema que se relacione con estas cuestiones, y en segundo lugar debe respetar las creencias de sus pacientes no oponiendo ningún obstáculo a sus deseos en ninguna circunstancia.

Hablaremos ahora de un tema extraordinariamente interesante en el ejercicio de la profesión y es el que se refiere al secreto profesional. Este es un punto de deontología médica que arranca su origen de los tiempos ya remotos de la medicina hipocrática. Ya en los aforismos y en el juramento del famoso médico griego figura el secreto profesional como un mandato, al cual el médico no puede sustraerse sin caer en una falta grave de moral profesional. En nuestros días figura en todos los códigos de ética médica y aun las leyes del Estado lo contemplan, castigando en forma severa su falta de cumplimiento. El secreto profesional deriva su origen y su razón de ser del deber primordial que tiene el médico de defender el honor y los intereses de su cliente y de sus familiares. Su objeto puede tener dos fines: primero resguardar el prestigio moral del paciente, no dando a conocer a nadie la naturaleza de su enfermedad; y segundo proteger sus intereses o alguna situación que pudiera lesionarse por el conocimiento de terceros de la enfermedad que lo aqueja. El secreto profesional resguarda, pues, intereses morales y materiales.

Respecto del primer punto es necesario hacer algunas consideraciones. Todos sabemos que hasta hace poco existían para la opinión pública las llamadas enfermedades infamantes. Estas eran por lo general las afecciones venéreas. La moral del siglo pasado exigía un completo silencio de todas las cuestiones que se relacionaban con las funciones genésicas. Este tema era ''tabú', según la expresión de un eminente maestro de la medicina actual y no debía ser tratado sino en la intimidad más absoluta del individuo

mismo y discutido con su propia conciencia . Pero este "tabú" se refería sólo al hecho de hablar de estas cuestiones, pues al hacerlas aunque fuera de una manera un poco desviada de lo normal, no constituía una inmoralidad, siempre que quedaran en lo más íntimo de cada uno. En una palabra, era moral el que parecía serlo, aunque no lo fuera en realidad. La obra de eminentes pensadores como Marañón, Bertrand Roussell, Forel y tantos otros y muy principalmente las doctrinas de Sigmund Freud sobre la vida instintiva y sobre la verdadera naturaleza y modalidades de la llamada líbido han provocado un cambio radical en la psicología individual y en la moral colectiva. De este modo las cuestiones del sexo han abandonado la región de las tinieblas en que eran mantenidas, para salir a la superficie y ponerse en el tapete de las cuestiones de actualidad. Estos problemas son biológicos, o mejor dicho, psico-biológicos y deben ser tratados a la luz del día, como todas las manifestaciones de la vida. La educación sexual se ha abierto paso en la pedagogía moderna y en la conciencia de la mayoría de los hombres de ciencia, la que cuenta con programas bien estudiados y con métodos que están dando prueba de su eficacia. En esta forma la mentalidad de la gente, la moral pública y privada, han cambiado fundamentalmente en lo que a cuestiones sexuales se refiere. Esto ha hecho perder el concepto de enfermedad vergonzosa a aquellas que pueden tener su origen en los contactos sexuales. Así lo entiende por lo menos el hombre de ciencia y el que tenga una moral amplia y piense de acuerdo con nuestra época. En este sentido el secreto profesional constituye sólo una tradición de la moral arcaica. Este aspecto moral del secreto profesional sólo conserva su valor en muy determinados casos.

En cuanto a su significado material, persiste ampliamente, pero siempre que con él no se vaya a perjudicar a terceros. De una manera general el secreto y la discreción del médico existirán siempre que se trate de evitar perjuicios a su cliente u otras personas, bien entendido fuera de los casos contemplados por las leyes.

La moral médica de nuestros tiempos, de acuerdo con el sentido de humanidad, exige una misma conducta tanto para el enfermo susceptible de mejorar parcial o totalmente, como para aquel

que por la naturaleza y grado de su enfermedad va irremisiblemente a morir. En otras palabras, el enfermo incurable es acreedor no tan sólo al consuelo espiritual, que representa la presencia del médico en su cabecera, sino que también a todos los esfuerzos de éste por hacerle su enfermedad menos penosa y para prolongarle lo más posible la vida. El médico de nuestros días no tiene el derecho de dejar morir a nadie, ni menos de facilitar medios para que este desenlace se produzca haciendo prácticas eutanásicas, pues hemos visto que nuestra moral debe inspirarse en un profundo respeto por la vida.

Si este modo de proceder nos parece a nosotros tan natural, no ha sido lo mismo en otras épocas de la Historia. Así en tiempo del florecimiento de la medicina hipocrática, el médico que atendía a un incurable a conciencia, cometía una inmoralidad, puesto que sabía de antemano que sus esfuerzos eran perdidos y no había derecho legítimo para cobrar honorarios.

Hasta este momento hemos hablado de los deberes del médico para con su cliente, ahora expondremos en una forma somera las obligaciones de éste para con aquél, como retribución de los servicios recibidos. Si es verdad que en cada enfermo debiera quedar siempre un sentimiento de gratitud para con el hombre que le salvó la vida o lo hizo salir de una situación penosa, en la práctica observamos que no siempre es así y no faltan las ocasiones en que el enfermo queda descontento del médico y paga sus servicios ante todo con la más profunda ingratitud. Dejando de lado el aspecto sentimental de esta cuestión entraremos a estudiar los factores que reglan en la práctica el monto de los honorarios médicos. Este tema es interesante porque a todo práctico le habrá pasado en más de alguna ocasión el bochornoso suceso de haber tenido que discutir con su cliente la cuantía de los estipendios.

Veamos cuáles son los elementos que deben servir de base en la apreciación y evaluación de los honorarios médicos. Estos se pueden agrupar en cinco categorías de factores, que según los casos influirán en grados diferentes: la importancia del servicio prestado, la notoriedad y la situación científica del práctico, la respon-

sabilidad asumida, los usos y costumbres locales y la situación pecuniaria del cliente.

La importancia del servicio prestado es un elemento que tiene una significación considerable en el monto de los honorarios. El representa la cantidad de trabajo que el médico ha necesitado poner en práctica para ejecutar la atención de que se trata. Está en íntima relación con el tiempo dedicado a la atención y con las condiciones de incomodidad o comodidad en las cuales se ha efectuado ésta.

La experiencia del clínico o del profesor, los estudios llevados a cabo, el prestigio técnico y moral del médico tratante, constituyen atributos que dan derecho a cobrar mejores honorarios. La responsabilidad asumida depende, según nuestro entender, de dos factores diferentes. Primero la gravedad del caso de que se trata y las probabilidades de éxito que se tengan. Mientras más grave es la enfermedad que aqueja al paciente y menores sean las posibilidades de curación, mayor será la responsabilidad que afronta el médico tratante. Lógico es suponer que esta situación signifique derecho a cobrar un mejor honorario. Segundo, la responsabilidad depende de la importancia social, artística o política del enfermo. No es lo mismo tratar el corazón de un ministro de Estado que el de un modesto empleado de la administración pública; no es lo mismo haber operado en la laringe de Carusso, que extirpar pólipos de esa misma región de cualquier otro ciudadano.

En la evaluación de los honorarios hay que tener presente también los usos y costumbres puestos en práctica en esa localidad. No cobran lo mismo un médico que ejerce en París, que otro de Yokohama.

Por último, nos queda por hablar del factor situación econónómica del paciente en la regulación de los honorarios. A este respecto todo el mundo está de acuerdo en que el hombre de fortuna debe pagar mejor los servicios médicos recibidos, que una persona de escasos recursos. Es decir, los honorarios médicos deben ser proporcionales a los medios económicos de los pacientes. Así se puede explicar que éstos vayan de la completa gratuidad en los

menesterosos a los extraordinarios honorarios de muchos miles de pesos en los potentados de la fortuna.

Si la medicina es una ciencia en sus principios y en sus bases, es un arte en su aplicación, y como tal no puede tener un valor fijo en sus prestaciones. Una obra de arte vale por el artista que la ejecuta y por el mayor o menor chispazo de genio que haya logrado en su ejecución. Este mismo principio involucra una especie de nivelación a la situación injusta de la existencia de hombres pobres y ricos en nuestra organización social, haciendo que el afortunado pague por los desheredados de la fortuna.

4º EL MEDICO Y EL ESTADO.—El médico como miembro de la Sociedad tiene deberes que le imponen las leyes o las simples convenciones en el ejercicio de su profesión.

La Academia de Medicina francesa declaraba en 1925, a propósito de un célebre proceso contra un médico: "que la responsabilidad de los médicos en el ejercicio consciente de su profesión no incumbe a las leyes. La responsabilidad es solamente moral y de conciencia; ninguna acción jurídica puede ser legalmente intentada, sino en caso de robo o de fraude". Los tribunales de justicia rechazaron esta declaración y hoy creemos sinceramente que no se puede sostener esta pretensión de la docta Academia Francesa. Es completamente ilógico pretender que una persona por el hecho de haber recibido un título profesional, pueda escapar a toda responsabilidad al ejercer esta profesión en una forma deficiente, aunque lo haga con plena conciencia de hacerlo bien. Así, pues, la doctrina y la jurisprudencia están de acuerdo en el principio de la responsabilidad del médico.

Según el Prof. De Page, cuando un cliente se dirige a un médico para hacerse atender, se establece entre el uno y el otro un contrato de servicios. Este contrato comporta obligaciones para el práctico, principalmente aquella de poner todo lo que esté de su parte para ejecutar la obra que le ha sido confiada, por los prin-

cipios de la técnica médica. Si no lo hace así falta a la obligación e incurre en una responsabilidad contractual. Dejemos en claro aquí que la obligación que asume el médico es una obligación de "medios" y no de resultados. Esto es en cuanto a la responsabilidad civil. No tenemos necesidad de hablar de la responsabilidad penal que tiene el médico cuando ejecuta actos penados expresamente por el Código Penal.

En otra esfera de acción los prácticos de la medicina deben colaboración a los poderes públicos constituídos, nos referimos a la acción que todo médico debe prestar a los funcionarios de sanidad en el desempeño de su papel de lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas. El comportamiento del médico ante la Sanidad Nacional o Internacional emana del concepto social que éste debe tener de su misión y de las expresas disposiciones de las leyes y reglamentos de cada país. Estos mismos considerandos lo eximen de ese otro deber fundamental que constituye el secreto profesional, aun cuando le cause un daño a su cliente. El interés colectivo prima sobre el interés individual.

5º EL MEDICO Y LAS RELACIONES CON SUS COLEGAS.— Nos queda todavía que hablar de otro aspecto de la medicina liberal y es el que se refiere a las relaciones de los médicos entre sí. Esta cuestión tiene muchos aspectos, y ellos se encuentran perfectamente detallados en el código de moral médica de La Habana y en las numerosas obras sobre deontología.

Hemos dicho que la medicina liberal se caracterizaba por el trabajo individual del médico; esta es por lo menos la forma corriente de ejercer la profesión privada o civil. Sólo en circunstancias especiales dos o más médicos se juntan para examinar o tratar a un enfermo. En estas juntas, que constituyen la forma más genuina de la colaboración interprofesional, debe prevalecer un espíritu de armonía, de respeto y de verdadero interés por colaborar con los demás colegas.

Las suplencias entre médicos comportan la observación de reglas precisas dependientes de las condiciones en que se hagan y del respeto que se deben unos a otros.

Sólo el gabinete de consulta privada es un terreno neutro o mejor muy propio de cada médico, pero aún en él debe saber guardar todas las consideraciones a sus colegas.

6º EL MEDICO Y LA SOCIEDAD.—Aún tomada la medicina en su grado más estricto de disciplina liberal e individualista no está exenta de obligaciones hacia la colectividad. Todo médico tiene un papel social que debe tratar por todos los medios de desempeñarlo en la forma más brillante y completa que le sea posible. Al lado de sus actividades curativas tiene un amplio programa que desarrollar. Las enfermedades generales de repercusión colectiva y social, como la tuberculosis, las enfermedades venéreas, el cáncer, el alcoholismo y las enfermedades mentales, deben preocupar constante y preferentemnte a todo oficiante de la medicina en su aspecto preventivo y sanitario.

Un médico por muy brillante situación que ocupe, por muy humanitaria y abnegada que resulte su acción en el círculo de su clientela, no merecería el nombre de tal, si se desentiende y olvida de este otro aspecto social que debe tener su actuación.

2º Deontología Médica en la Medicina de Caridad

Ya hemos estudiado extensamente en otros capítulos el origen y significado de la llamada medicina de caridad. Hemos conocido sus primeras aplicaciones como manifestación de los sentimientos humanitarios y compasivos de la moral cristiana. Hemos seguido paso a paso su desarrollo integral a través del tiempo para venir a observar su plena realización en el pasado siglo y en los primeros años del presente.

En esta primera etapa de la asistencia, el médico ejercía la profesión en una forma ampliamente caritativa en hospitales, asi-

los, hospicios y policlínicos y en otros establecimientos semejantes. Pero no tan sólo aquí el médico derramaba a raudales la bondad infinita de su corazón, sino que también en la calle, en el hogar del pobre y en mil otros lugares donde había que mitigar un dolor daba muestras de su espíritu magnánimo. Era la época del médico caritativo, era la época del apostolado de la profesión. Nos parece ver todavía a ese buen hombre, vestido sin afectación, pero elegante, de modales lentos y en cuyo rostro se reflejaba la bondad de su alma. Sus palabras denotaban su espíritu paternal y siempre servían de consuelo a su humilde enfermo y a su acongojada familia. Detrás de sus gafas de oro centelleaban sus ojos con avidez inusitada para encontrar el signo preciso que le diera el diagnóstico y la base firme para un tratamiento; todos sus sentidos parecían trabajar al unísono para captar las más sutiles manifestaciones de la enfermedad. Esos médicos de antaño parecían tener una sensibilidad exquisita en sus funciones sensoriales y un bien cimentado criterio para juzgar y sacar conclusiones de lo que observaban. Eran ante todo sagaces observadores y brillantes clínicos.

Junto a su receta nunca faltaba la frase cariñosa, las palabras de consuelo que traían una racha de alivio en el ambiente trágico del hogar o en el atormentado espíritu del enfermo de hospital y en muchas ocasiones dejaba hasta el dinero necesario para comprar las medicinas.

Hombre erudito, gran observador y eminentemente bueno y caritativo, he ahí al médico que yo conocí en mis primeros años. Este es el retrato, tal vez mal pintado, pero verídico del facultativo de los tiempos de la medicina de caridad. Podríamos decir y con razón, que esta fué la época romántica de la medicina.

El primero y más importante deber del médico de entonces era aquel que desde Hipócrates le ordenaba asistir a los enfermos sin tomar en cuenta ninguna circunstancia y sin esperar siquiera el reconocimiento y la gratitud de su propio paciente.

La misión apostólica que la Sociedad y una tradición milenaria le había confiado, formaba el núcleo central de su actividad y la razón misma de ser de su oficio y personalidad. De esta bondad inagotable y de este sentimiento caritativo arraigado en el médico

del siglo XIX, se aprovechaban gran número de personas para presentarse ante la sociedad como verdaderos filántropos. Es verdad que no han faltado esos hombres eminentes e intensamente buenos que daban muestras de su magnanimidad, donando gran parte de su peculio particular ganado con inteligente y honesto trabajo, a los pobres y a los desgraciados. En una forma a veces silenciosa, sin aspavientos y sin esperar recompensa de ninguna clase, fuera de la propia satisfacción, estas almas caritativas han escrito toda una página que adorna y da realce a la obra benéfica en que descansaba la asistencia a los pobres y a los desgraciados. Pero al lado de estos verdaderos valores, medraban los fariseos, que, cual traficantes y buscadores de fama barata y disfrazados con el ropaje de los verdaderos filántropos, no hacían otra cosa que aprovechar de esas situaciones espectables, para conseguir granjerías sociales y económicas. A costa del trabajo ajeno, a costa del sacrificio de los médicos, ganaban en nombre y prosperaban en sus negocios particulares. Estos verdaderos rábulas de la filantropía daban un pedazo de pan para sacar en seguida una verdadera fortuna. El pobre médico abrumado en su tarea, en una forma silenciosa y abnegada, trabajaba pacientemente al lado de sus enfermos del hospital, sirviendo de pedestal inconscientemente a la gloria barata de estos pseudo-filántropos. Pero había más todavía: desde sus altos sitiales, desde las direcciones de los hospitales, pretendían inmiscuírse en el trabajo mismo del médico y solían a veces despreciarlo con un gesto olímpico de personaje de opereta.

Hasta aquí los deberes del médico en la medicina de caridad. Veamos ahora cuáles eran sus derechos. Esta misión casi apostólica, que constituía el núcleo central de su actividad y de su ética profesional, daba derechos a éstos, que eran deberes para la Sociedad. Ya hemos dicho anteriormente que no hay deberes sin derechos, porque los deberes de los otros para con una persona son sus propios derechos.

El médico se encontraba colocado en un alto sitial en la Sociedad y era acreedor al respeto y a la consideración de todos los ciudadanos. Depositario de la salud y de la confianza de sus clientes, era considerado como un crisol donde se fundían todas las virtudes

y todas las cualidades del hombre bueno y útil. Al mismo tiempo que cuidaba del bienestar corporal, era el director espiritual de muchos respetables hogares. Su opinión, sus consejos y sus insinuaciones eran tomadas muy en cuenta en el seno de la familia. En todas partes recibía la veneración de un verdadero sacerdote. Este era el magnífico galardón que recibía el antiguo médico de familia. En el hospital era querido y respetado por sus enfermos pobres, a los que dedicaba sus mejores y más abnegados cuidados.

Todo este acervo de derechos a que era acreedor, eran obsequios espirituales que tenían el valor inestimable de las cosas del alma. En efecto, prestaba sus servicios en los establecimientos de beneficencia, gratuitamente o casi gratuitamente. En esos tiempos el médico no se preocupaba de la cuestión económica en la retribución de sus servicios, porque los honorarios pagados por su numerosa y selecta clientela particular bastaban con creces para las necesidades ordinarias de su vida y de la de los suyos. El problema económico no existió para ellos y así tenían el tiempo y la tranquilidad suficiente para estudiar, perfeccionarse y hacer el bien.

3º Deontología del médico en la Asistencia Social

Ya hemos hecho referencias en algunos capítulos anteriores a la forma en que se pasó desde la medicina de caridad a la de Asistencia Social. Hemos analizado las causas de orden político y social que operaron este cambio. De todas maneras, insistiremos en que en estas dos formas de dar la atención a las masas no existe una gran diferencia en cuanto al significado moral que tiene para el que las recibe. En ambos casos se trata de una dádiva dada en forma generosa a los desamparados. En la primera es la caridad privada o pública, ejercida de una manera voluntaria y sin más reglamentación que la propia ética de los que la dan; en la segunda la caridad se ejerce en nombre de una obligación del Estado, que ha venido a comprender que la salud de la población es la razón suprema de su propia existencia. En esta forma el Estado trata

de acaparar la asistencia a los indigentes en todas sus formas, tomando la responsabilidad de su funcionamiento y asegurando un bienestar relativo a las clases necesitadas.

Desde el momento en que la asistencia médica se ejerce como una función pública y los organismos asistenciales, como hospitales, hospicios y otros, son considerados reparticiones del Estado, el servicios del médico en ellos cambia inmediatamente en su significado. Ayer colaboraba en la obra benéfica de hacer el bien en una forma gratuita y generosa, hoy es un funcionario del Estado en una repartición pública, ejerciendo su técnica. Ayer su responsabilidad sólo dependía de su propia conciencia, hoy tiene reglamentos emanados de la autoridad, que lo hacen directamente responsable de su labor.

De esta nueva situación emana el derecho del médico de hospital a pedir que sus servicios sean retribuídos en forma análoga a la de los demás servidores públicos y de acuerdo con la importancia de la función que desempeña. En la medicina de caridad la preocupación más importante del médico, fuera de hacer todo el bien posible a su enfermo, era desempeñar su tarea en una forma gratuita y apostólica; en la asistencia social debe comportarse como un funcionario rentado, con una misión específica que desempeñar en la colectividad. Desde ahora tiene una función pública y la obligación de desempeñarla bien, por la doble circunstancia de ser éste un principio básico de su ética profesional y porque esa función es pública y está pagada por la colectividad.

Esto no quiere decir que la Asistencia Social haya adormecido en el campo médico ese sentimiento sublime que se llama caridad. El médico, hoy como ayer, sigue siendo el exponente más genuino de toda obra filantrópica en que se manifieste la solidaridad entre los hombres. Hoy como ayer sabe hacer vibrar su corazón ante cualquier acontecimiento que signifique necesidad de desprendimiento y de generosidad. Este rasgo del alma médica existirá en cualquier sistema de atención a los enfermos y en cualquier circunstancia que se encuentre, porque la esencia misma de la medicina involucra un sentimiento de generosidad al dar la salud y la vida, que no tiene retribución material adecuada.

En la Asistencia Social el código de deberes del médico está perfectamente señalado y consiste, como hemos dicho, en saber ser un buen técnico y un perfecto funcionario en sentido humano y social. Al médico de la Asistencia Social no le basta con ser lo que corrientemente se llama un buen médico, es decir, un perfecto hombre de ciencia con gran acúmulo de conocimientos y buena técnica para ponerlos en práctica, sino que también es necesario que sea un experto funcionario, es decir, que tenga plena conciencia que su saber debe servir ante todo para cuidar al hombre en todos sus aspectos y considerarlo como el elemento integrante fundamental de sus actividades. Es decir. antes que ver en el hombre enfermo "el caso interesante". debe ver al "hombre", al trabajador, al padre de familia, al ciudadano. La Asistencia Social ha dignificado la calidad de enfermo de hospital, ya que el factor hombre ocupa en ella el punto céntrico de su actividad. El individuo como ser humano y no como simple enfermo, es la única y fundamental razón de ser de toda esa máquina funcionaria que se llama Asistencia Social.

Entiéndase bien que con esto no queremos decir que la medicina de caridad careciese de sentido humano, todo lo contrario, lo tenía y lo ejercía ampliamente, pero con un criterio completamente diferente. El médico de ayer se preocupaba de su enfermo en cuanto a hombre, porque este sentimiento le nacía espontáneamente de su corazón bondadoso; el de la Asistencia Social agrega a este sentimiento espontáneo la obligación que tiene como funcionario de proceder de esta manera.

La antigua medicina hospitalaria recogía al hombre enfermo de la colectividad y lo mantenía semi-oculto dentro de sus herméticos establecimientos. El hospital y el ambiente eran dos cosas perfectamente limitadas y separadas por los altos murallones que circundaban a aquél. El médico y todo el personal sólo se preocupaban del enfermo como tal y creían haber terminado su obra cuando se conseguía alejar temporal o definitivamente a la enfermedad. Nadie se acordaba de los niños pequeños que ese hombre había dejado en el hogar; nadie sabía de las congojas de su pobre esposa que quizas si no tenía pan ni abrigo para sí ni para los su-

yos. La medicina de caridad se ejercía dentro de esas cuatro paredes que formaban el Hospital; la medicina asistencial irradia su acción fuera de estos establecimientos para llegar al hogar del hospitalizado y prestar la ayuda necesaria y posible a la familia desamparada. La Asistencia Social ha comprendido que al lado del medicamento administrado al enfermo, había que tener el pedazo de pan para el hambriento y el vestuario para el desnudo. En una palabra había que hacer la Asistencia Social integral. En este trabajo de grandes proyecciones, ha tocado un importante papel a las visitadoras sociales que con la abnegación de las antiguas religiosas y con los conocimientos suficientes, hacen una labor cada día más efectiva.

El hospital se ha puesto en relación con la colectividad de los hombres sanos, para atraer desde ahí a sus asilados: ya no espera pacientemente que los enfermos vengan a golpear sus puertas, sino que manda a sus huestes de visitadoras sociales o a los médicos domiciliarios para descubrirlos en períodos precoces de su enfermedad y atraerlos a sus servicios. En una palabra, el hospital se ha transformado de un establecimiento de exclusiva medicina curativa y de depósito de escoria humana, en verdaderos institutos de salud donde se hace medicina curativa y se desarrollan actividades asistenciales de medicina social.

La atención a domicilio de los enfermos egresados, la ayuda oficiosa de la visitadora social para reintegrar al convaleciente a su trabajo, completan el extenso programa médico-social que hoy en día les corresponde desarrollar a nuestros modernos hospitales.

De esta transformación profunda de los servicios asistenciales emana esta nueva deontología del médico de hospital. Al médico apóstol, que ejercía por caridad o buena voluntad, ha sucedido el médico funcionario, consciente de un deber social.

La deontología del funcionario se caracteriza en primer lugar por el concepto elevado que debe tener de su misión y cuyas bases principales acabamos de enumerar. En segundo lugar sus deberes están fijados por aquellos que reglan las jerarquías y la disciplina.

En la Asistencia Social el trabajo profesional se hace colectivamente y se desarrolla en forma de respetar las jerarquías funcio-

narias. Los años de experiencia y la preparación técnica a base de calificaciones, reglan el escalafón y dan forma a la jerarquía.

Este primer principio no puede existir sin el concurso del segundo, ya que no puede existir respeto a los grados sin la correspondiente disciplina.

Todos estos deberes del médico funcionario deben ser retribuídos en forma amplia y justiciera por sueldos que estén de acuerdo con estas pesadas labores, con lo elevado de su misión y con las circunstancias del ambiente. Pero el Estado no tan sólo debiera remunerar el trabajo del práctico de hospital con una suma adecuada que le alcance para sus necesidades vegetativas y espirituales, sino que también ha contraído la obligación de preocuparse de su previsión. El médico funcionario es un asalariado y por lo tanto en muchas circunstancias sin más recursos que su sueldo. En estas condiciones está expuesto a enfermarse, a accidentarse, a quedar inválido, a llegar a viejo o a morirse. Todas estas contingencias amenazan al médico de hospital por su propio oficio de una manera más directa que a cualquiera otro miembro de la colectividad. Seguro de enfermedad, invalidez, vejez y muerte son los agregados obligados a su remuneración.

4º Deontología del médico en los Seguros Sociales

En este capítulo, el último de nuestro trabajo y el principal del tema que nos hemos propuesto desarrollar, hablaremos de los deberes y derechos del médico, es decir de su deontología, en la práctica de los Seguros Sociales. Hemos dicho deberes y derechos, porque así entendemos la deontología por las razones que ya hemos expuesto con algún detalle en el capítulo anterior. Para poder comprender bien los deberes y derechos que el médico tiene dentro de esta nueva organización de la Asistencia Social y que constituye los Seguros Sociales, hemos tenido que pasar en rápida revista algunos aspectos interesantes del ejercicio profesional en general, para de ahí deducir su verdadera situación en estos organismos. Hemos tenido que estudiar la gestación y señalar los princi-

pios políticos, económicos y sociales de estos nuevos servicios para comprender la situación del funcionario médico dentro de ellos. Hemos necesitado conocer a grandes rasgos la historia del ejercicio profesional en otras edades y en otras civilizaciones y seguir paso a paso las modificaciones que lo han conducido a lo que es hoy, para determinar su presente y su futuro papel. Hemos conocido las etapas por que ha pasado la medicina de las masas desde su forma de asistencia caritativa hasta la moderna de previsión médico-social.

Sin el conocimiento previo de todas estas premisas nos habría sido completamente imposible bosquejar las bases y sentar las conclusiones, objeto que tiene el capítulo que estamos desarrollando. Y decimos esto porque tenemos la convicción que el papel que le toca desempeñar al médico y por lo tanto su deontología, son función pura y simple del ambiente en que le toca desarrollar sus actividades. La historia, por una parte y una elemental lógica por otra, nos apoyan en este modo de pensar. Las funciones de los hombres en general y la moral que los guía son débiles reflejos de las costumbres de las épocas y de los pueblos a que pertenecen.

A muchos sin duda parecerá extraño que en un trabajo sobre deontología médica en los Seguros Sociales, figure prologándolo un extenso capítulo sobre historia del ejercicio profesional. Esta extrañeza aumentará tal vez cuando vea que la segunda parte trata del desarrollo de las prácticas asistenciales y de un bosquejo muy esquematizado de la actual organización de estos servicios. La razón fundamental de este modo de presentar este trabajo estriba en que a estos primeros considerandos atribuímos el valor de premisas que no pueden faltar, para poder llegar a conclusiones.

Antes de entrar en materia necesitamos todavía recordar la estructuración asistencial que deben tener los Seguros Sociales para que puedan rendir los frutos que de ellos se esperan. Es esta una cuestión fundamental, como acabamos de ver, ya que la deontología depende de las modalidades estructurales y funcionales que tenga el medio en el cual los técnicos actúan.

Si aceptamos que el Seguro Social debe orientarse según una política de previsión; si estamos de acuerdo que en él debe hacerse

medicina social preventiva antes que medicina individual curativa, entonces la deontología médica adquirirá una fisonomía muy especial, bien característica y fundamentalmente diferente de la deontología de la medicina del siglo XIX.

Debemos señalar, sin embargo, que si la acción específica de los Seguros Sociales debe orientarse en el futuro hacia la previsión y hacia la profilaxia de las enfermedades y hacia otras modalidades del riesgo, no es menos cierto también que deben conservar la acción asistencial curativa, porque el hombre enfermo o susceptible de protección no desaparecerá nunca. Es claro que mientras mayor incremento tome la primera, la esfera de acción de la segunda se irá reduciendo hasta límites que nosotros no podemos fijar.

De una manera general dividiremos el estudio de la deontología del médico en los Seguros Sociales en dos grandes grupos o en dos tesis: primero los deberes del médico dentro de estos servicios y segundo los derechos que éste adquiere por su misión.

1° Objeto de atención

Hemos visto al estudiar la deontología del médico liberal que la base de toda su actividad profesional se desarrolla en el binomio médico-enfermo. Es decir para el médico liberal o para la profesión privada, el objeto principal de su actividad se ejerce en el individuo enfermo, en su cliente y esto en una forma generalmente individual. En el Seguro Social, donde se hace previsión de preferencia, el objeto principal de atención no es ya el individuo, el enfermo, sino la colectividad toda entera. La medicina de previsión es ante todo una medicina de masas, una medicina colectiva. Mientras aquélla es individualista, porque atiende al individuo, ésta es colectiva, porque se dirige a todo el cuerpo social. En la medicina curativa cada historia clínica da el balance de nuestros triunfos o fracasos, ya que debemos considerar como entidad fundamental a cada caso en particular. De este modo tendremos grandes y pequeños triunfos, atendiendo a la sutileza del diagnóstico y al buen efecto de las medidas terapéuticas. En el Seguro Social el balance de su actividad no lo dan las individualidades atendidas, sino las es-

tadísticas de morbo-mortalidad consideradas en un tiempo y un espacio determinado.

La medicina colectiva que es de marcado tinte profiláctico, standariza métodos de diagnóstico precoz, se desentiende de los "casos interesantes" para preocuparse preferentemente de las lesiones incipientes, de los temperamentos y de los predispuestos, porque son los susceptibles de mejorar completamente, en menos tiempo y con menos gastos. Esto porque beneficia a la colectividad, a la que se le devuelven unidades productoras de capacitación social.

La medicina social previene las enfermedades, cuidando y vigilando al hombre sano. Averigua el género de vida que lleva en su hogar, toma en cuenta la cantidad y calidad de trabajo que ejecuta, investiga su alimentación y el vestuario que acostumbra usar, y por último la vivienda y el salario que gana para subvenir a sus gastos personales y a los de su familia. A la medicina social le interesa saber los hábitos de higiene que el asegurado tiene en su hogar. Necesita saber de los entretenimientos y vida espiritual que pueda hacer. Examina a los demás miembros de su familia y vacuna, enseña reglas de higiene y orienta en la profesión o trabajo. En una palabra hace saneamiento del ambiente.

En otro sector de sus actividades, el Seguro Social se preocupa preferentemente del cuidado del niño a través de sus diferentes etapas: pre-natal, primera infancia y segunda infancia.

Los consultorios pre-natales examinan a la madre embarazada y la guían y protegen durante la época de la gestación. La tratan de sus enfermedades y la preservan de adquirirlas cuando son sanas. Es en esta etapa que la acción de la medicina social se ejerce específicamente en lo que se ha dado en llamar el binomio madre-hijo. Es esta primera fase, sin duda, de la atención infantil, la más importante, porque se obra en el período del desarrollo embrionario del futuro trabajador.

Toda esta política del Seguro Social no busca otra cosa que mantener al hombre sano, porque solamente en este estado representa un valor en el concierto colectivo. Con razón de esta medicina se ha dicho que es positiva en contraposición con la curativa,

que sería negativa. Nosotros preferimos los términos de activa para calificar la primera y de pasiva para la segunda.

Esta tendencia de las actividades asistenciales a la larga resulta económica para la colectividad, porque al final es más barato sanear y prevenir, que curar.

En una palabra la preocupación constante del técnico del Seguro Social debe ser la mantención de la integridad biológica de la colectividad. La cuestión económica está íntimamente ligada con la Previsión social, porque ella es un factor importantísimo de salud, mucho más interesante que los factores raciales, étnicos o costumbres. En este sentido debe colaborar estrechamente con los otros organismos cuya acción específica está destinada a fomentar la economía colectiva.

De todos estos considerandos se desprende que la deontología del médico frente al objeto de atención es diferente en la medicina liberal y en la medicina de los Seguros Sociales. En aquélla el individuo aisladamente considerado es todo y está ante todo; en ésta la colectividad es el cliente y el interés del médico funcionario debe dirigirse de preferencia a ella. Todas las consideraciones que la deontología exige del médico liberal para su enfermo, las exige también del funcionario de la Previsión para la Sociedad.

El médico del Seguro Social necesita para cumplir eficientemente su papel de técnico, tener conocimientos amplios de todas estas cuestiones y así poder dar acertadamente una orientación definida a sus actividades. Esto, pues, constituye el artículo primero de su código de deontología médica.

2º Ideal Perseguido

Tomando este problema en una forma amplia, podemos aceptar que la ideología del médico funcionario del Seguro Social es la integridad biológica y el desarrollo cultural de la masa colectiva. Sin lugar a dudas este es el mismo ideal perseguido por todos los médicos que existen en el mundo o que han existido en todos los tiempos. Si muchos no tienen conciencia de él, no quiere decir que

no exista, y en esos casos seguramente ese sentimiento se encuentra en ellos en la misma categoría de los instintos. Todo médico hace consciente o inconscientemente obra de saneamiento colectivo porque desde el punto de vista doctrinal curar las enfrmedades significa siempre mejorar la morbilidad y la mortalidad, aunque su índice represente muy poco si se compara con aquel de la previsión y de la profilaxia. Son dos métodos diferentes que dan también resultados cuantitativamente diferentes. Así pues, lo que diferencia a ambas clases de medicina son los métodos por lo cuales quieren alcanzar su ideal perseguido. Mientras la medicina curativa, ejercida en forma privada e individual, quiere conseguir su fin por medio del tratamiento individual de los enfermos, la medicina social lo hace por medio de una terapéutica especial, que aplica a la colectividad entera. Mientras la primera cura a los enfermos, la segunda se preocupa preferentemente de los sanos. La medicina liberal es preventiva y curativa en el individuo, la medicina social es profiláctica preferentemente y curativa secundariamente en las masas.

En una, el médico necesita hacerse grato y ganarse la confianza de su cliente; en la otra no necesita de esta relación moral y se limita a cumplir con su deber.

Al médico funcionario puede en muchas ocasiones sucederle de encontrarse en conflicto con el asegurado, a causa del desagrado que pudiera producirle a éste las medidas de orden general ordenadas por aquél en el desempeño de su función. La vacunación preventiva, los exámenes de control, la selección de trabajadores y las encuestas sociales, suelen molestar grandemente a los asegurados que no comprenden la importancia de estas disciplinas, atribuyéndolas a tentativas de represión de su libertad individual. El médico está en la obligación de desentenderse de esta falta de afecto y de explicar y tratar de sugerir el verdadero significado y la importancia de lo ordenado. Así, pues, para que el médico pueda desarrollar correcta y fácilmente sus actividades, se necesita cierta educación en las masas, educación que debe estar a cargo del servicio social y ser completada por el propio médico. Este papel no es el más fácil que le toca desempeñar al funcionario,

debido, como veremos después, a la mentalidad tan especial y a la idiosincrasia del asegurado.

3º El enfermo incurable y el susceptible de sanar

El ejercicio liberal de la profesión pone en igualdad de condiciones frente al interés que el médico debe dispensar a sus pacientes, tanto al enfermo susceptible de sanar o mejorar, como al incurable. Este punto de ética profesional ha sido analizado por nosotros en otra parte de este trabajo, y aquí no haremos otra cosa que mencionarlo. En la práctica de la medicina social las cosas son un poco diferentes. Si recordamos que la previsión de los Seguros Sociales tiene una base económica y social a la vez, vamos a comprender por qué a éstos interesa ante todo cierta calidad de enfermos. Mejor que calidad es el grado de energía que representa el paciente, cuando haya recuperado su salud. En este sentido cada enfermo según las chances que tenga de mejorar representará un valor positivo como factor energético en el consensus colectivo.

La medicina preventiva o precoz selecciona a un cierto grupo de ellos, como por ejemplo a los sifilíticos serológicos, a los tuberculosos incipientes, a los cardíacos compensados y a los que sufren toxemia crónica por infecciones focales.

Separa a estos enfermos y los trata de una manera especialmente intensa y a todo costo. Al enfermo crónico e incurable, después de agotar los métodos de tratamiento, lo indemniza otorgándole una pensión de invalidez. De este modo el Seguro Social se preocupa preferentemente de los enfermos susceptibles de sanar y que pueden reintegrarse a la actividad colectiva.

La medicina de masas hace diagnósticos standarizados y tratamientos también standarizados. El criterio social de estas organizaciones hace que hasta cierto punto se desentiendan de los casos incurables o por lo menos que los saquen del primer plano de sus actividades para entregarlos a las secciones creadas y mantenidas expresamente para este objeto. Al médico del Seguro Social debe interesarle más descubrir un chancro sifilítico o una sífilis florida

en el período secundario y tratarla, que un hermoso caso clínico de enfermedad de Banti o de crisis gástricas tabéticas. La casuística, tan interesante a la medicina curativa, no interesa a la medicina social.

El aspecto sentimental y afectivo, que debe siempre acompañar a la prestación de servicios técnicos en la medicina individual, no tiene importancia en la social. El Dr. García Tello dice en su interesante libro sobre estructuración de la medicina del futuro: "En aquella medicina hay enfermos antes que enfermedades, en ésta hay enfermedades antes que enfermos".

Este criterio médico-social de los organismos de previsión tiene ya un precedente en la historia de la medicina. En tiempos de Grecia, en la época en que florecía la medicina de Hipócrates, era contrario a la deontología atender enfermos incurables. La causa de esta conducta era de naturaleza moral; en cambio en nuestros días se procede así por un principio económico-social.

4º El Médico y el Asegurado

Si es verdad que la medicina de los Seguros debe tender en sus fines hacia la conservación de la integridad biológica de la masa de la población, no es menos cierto también que esto es sólo posible a través del asegurado, es decir, del individuo. Por lo tanto, debemos estudiar las relaciones del médico con el asegurado.

El individuo afecto al régimen de un Seguro Social adquiere como enfermo una mentalidad muy especial que lo diferencia por muchos aspectos de los otros enfermos con los cuales el médico se pone en contacto diariamente. Creemos que es fundamental que el funcionario conozca la psicología de su paciente, como cuestión previa en sus relaciones y para conocer el terreno sobre el cual va a actuar.

De una manera general el asegurado es un individuo que tiene el sentimiento que la ley de previsión social es un organismo que lo estafa. Consciente o inconscientemente no le perdona que mes a mes le extraiga de su salario, tan duramente ganado y tan escaso a

veces, el pequeño porcentaje a que lo obligan las leyes. Este sentimiento del asegurado es causado, sin duda, por la falta de cultura de nuestras clases modestas y por ese complejo de retención que existe en casi todos los hombres y que tiende a conservar como propiedad todo lo que se adquiere. Debemos confesar que nos "duele" pagar las primas de seguros, a pesar que nosotros estamos convencidos de sus utilidades.

En segundo lugar el enfermo asegurado está convencido en la inmensa mayoría de los casos, que la atención que recibe en los Seguros es deficiente, tanto en cantidad como en calidad. Este fenómeno es fácilmente observable por los médicos funcionarios que día a día estamos viendo que los asegurados, cuando tienen con que hacerlo, acuden a las consultas privadas de los médicos de la ciudad, en la creencia que así serán mejor examinados y más rápidamente mejorados.

Además de desconfiar de la atención profesional misma, el asegurado desconfía de la calidad de las medicinas dadas por el Seguro. Este segundo fenómeno es mucho más común que el primero. En enfermo cree que los medicamentos son de mala calidad o que no corresponden a los recetados por el facultativo. En este sentido se siente estafado. Es muy común oír decir al asegurado en una segunda o tercera consulta: "Doctor, los médicos del Seguro son buenos, pero las medicinas que nos da la farmacia del establecimiento son malas, parecen agua pura con azúcar. ¿Por qué no tendría Ud. la bondad de recetarme algo bueno para comprarlo afuera por mi cuenta?" No tan sólo en esto el enfermo recela de la institución que lo protege, sino que también en todas las otras prestaciones de servicios, como los subsidios o pensiones de invalidez y vejez.

Con todo este acervo de tendencias en contra de la institución se presenta el asegurado ante el médico que lo va a examinar.

En la medicina curativa el cliente acude ante el profesional de su elección con todo el entusiasmo y la fe que es capaz tener un hombre que espera y ve en el médico su verdadero salvador.

Este aspecto de la medicina de los Seguros es extraordinariamente importante, porque el médico tiene que luchar antes que nada con esa predisposición negativa u hostil del asegurado.

Es verdad que esto ha disminuído bastante en nuestra Caja de Seguro Obligatorio, pero se ha necesitado más de 12 años para empezar a ganar la confianza de los asegurados. No hay duda que con el tiempo y la educación de la gente para formarles la mentalidad de esta nueva medicina, irá desapareciendo más y más esta dificultad que comentamos.

Se ha dicho que la causa verdadera de esta situación deriva de la abolición del sistema de libre elección del médico por el enfermo. En realidad de verdad no compartimos esta opinión, porque el fenómeno no se produce en el hospital o en otros institutos de asistencia social. Aquí tampoco han tenido los enfermos la prerrogativa de elegir a su médico y nunca se observa esta hostilidad y desconfianza sistemática del asegurado.

Es la desconfianza a todo lo nuevo, es la resistencia instintiva del pueblo hacia toda medida que emane de la autoridad y es la falta de comprensión y de cultura de las clases aseguradas lo que parece producir este fenómeno.

Ya hemos hablado en un párrafo anterior de la génesis y significado ético y sociológico del secreto profesional. Hemos analizado detalladamente sus características principales en la práctica del ejercicio profesional libre. Hablaremos ahora del significado que tiene en la atención de los Seguros Sociales. Aquí, como antes, debemos distinguir los dos aspectos diferentes, o mejor, los dos objetos diferentes que tiene el secreto profesional: el secreto guardado por la honra y por el buen nombre del enfermo y aquel que tiene por objeto garantizar sus intereses materiales. Para la medicina social no existen desde luego las enfermedades deshonrosas o difamantes, y por lo tanto no es necesario, bajo el punto de vista moral, el secreto profesional en ella. En segundo lugar el secreto médico es hasta cierto punto incompatible con la medicina colectiva, porque ella se basa fundamentalmente en el conocimiento del foco de la enfermedad, en su declaración por escrito a gran cantidad de servicios y personas, como ser equipos clínicos especializados, laboratorios, servicio social, servicio de la madre y el niño, visitación a domicilio, sanidad, inspección del trabajo, etc., etc. En esta forma cien o más personas, muchas ajenas a la profesión

médica, tienen que imponerse de la enfermedad y del sujeto o sujetos que la sufren.

Ahora, si consideramos que al médico de la medicina privada lo reemplaza aquí toda la organización médica y paramédica de la Caja de Seguro Social y los servicios conexos, entonces podemos aceptar que el secreto profesional se cumple de hecho en los Seguros Sociales, puesto que queda dentro de la organización de éstos.

Pero si de hecho existe en esta fórma el secreto profesional no se debe a la consideración doctrinal de resguardar la honra del asegurado, ya que ésta no está en peligro, sino a las consideraciones que pasamos a detallar y que desde ya podemos decir consisten en proteger los intereses materiales del enfermo.

En este sentido la institución protege al asegurado por medio del secreto médico que guarda su personal, sin divulgarlo a personas extrañas a la institución, ni menos a los interesados en imponerse de él para perjudicar en su situación al afectado.

En este mismo sentido las diferentes Cajas de previsión social deben guardar sus fichas clínicas en lugares especiales y bajo el control de personal responsable. Las oficinas del Seguro Social son recintos privados y cerrados para esta clase de informes.

La reciente ley chilena de medicina preventiva manda taxativamente guardar el secreto profesional de todo enfermo que haga uso de ella, con el objeto de evitar medidas defensivas de parte de de los patronos o empleadores.

En resumen, el secreto médico unipersonal de la medicina liberal no existe en los Seguros Sociales y sería incompatible con la práctica de la medicina social. En cambio existe de hecho en forma pluripersonal limitado a las personas que integran estos servicios.

En esta forma se practica el secreto y una extremada discreción profesional en defensa de los intereses económicos y situaciones de los asegurados.

5º El médico y los servicios administrativos

En el régimen liberal de la medicina hemos visto que el binomio médico-enfermo constituye todo el substratum en que se desarrollan las actividades médicas privadas. Es decir, entre el médico y el enfermo no hay intermediarios. En cambio en los servicios asistenciales y en los de la previsión social, aparece un tercer miembro en estas actividades, el funcionario administrativo superior.

En los organismos asistenciales este funcionario superior o director es siempre un médico y esto después de una larga lucha del gremio para desplazar a gente no técnica, que, bajo un mal entendido filantropismo, se enseñoreaba en estos altos puestos. Desde hace algunos años todos los directores de hospitales de mi país son médicos rentados y responsables. Igual cosa pasa con la directiva superior y central de estos servicios.

En el régimen de previsión social de la Caja de Seguro Obrero la directiva máxima la tiene el Administrador general, que nunca ha sido un médico. Se ha dicho que este puesto comporta funciones y responsabilidades múltiples, de las cuales las médicas propiamente dichas constituyen solamente una parte y por lo tanto no se requiere un técnico de la medicina para desempeñarlo bien.

Este mismo argumento sirvió durante largos años para mantener a los llamados filántropos en las direcciones de los hospitales.

Ahora bien, si consideramos que la Caja de Seguro Obligatorio es una institución de previsión de enfermedad, invalidez, vejez y muerte, vamos a comprender que su función específica es médico-biológica, médico-asistencial y médico-social y por lo tanto una función médica en el sentido más amplio del concepto.

Si es verdad que dentro de ella se desarrollan actividades económicas, estadísticas, actuariales, etc., no es menos verdad también que la función médica es la principal y constituye la verdadera razón de ser de su existencia. También dentro de los hospitales existen estas actividades satélites y a nadie hoy en día servirían de argumento para disputarles a los médicos las direcciones de esos esblecimientos.

Nuestra conclusión, pues, es que la directiva de instituciones anólogas a la nuestra, debe ser puesta en manos de los médicos.

Hace algunos años en nuestro país se suscitó en las cabeceras provinciales de estos servicios una lucha de preeminencia entre el jefe-médico y el jefe administrativo. Después de una intensa racción de los médicos de la Caja, se solucionó el conflicto, disponiéndose la total y completa independencia de los dos servicios.

Con esta solución parcial ha desaparecido el escollo que, por algún tiempo, se temió viniera a interponerse entre el médico funcionario y su enfermo asegurado.

6º Relaciones del médico con sus colegas

Una de las características más fundamentales de las actividades médicas de los Seguros Sociales Modernos es la forma en que éstas se hacen y que consisten en la colaboración interprofesional y en el respecto a las jerarquías funcionarias.

Ya hemos visto en repetidas ocasiones que la práctica de la medicina liberal se caracteriza por la actividad de bufete y por la acción marcadamente individual del médico. Sólo de una manera excepcional se producía la inter-relación profesional. En cambio, en la nueva medicina esta es la regla invariable y no se concibe medicina social sin una estrecha e íntima colaboración.

El secreto social es como una gran colmena donde todos sus trabajadores laboran para una obra común y donde cada una de las individualidades no representa sino una parte integrante e indivisible de un todo. Aquí desaparecen las personas y las individualidades y no existe sino el servicio médico de la institución.

Esta acción colectiva de los servicios de los seguros sociales se realiza por intermedio de los equipos médicos, que son, por así decir, las verdaderas unidades de la organización. Cada equipo está formado por un número indeterminado de técnicos, número que está en relación con la cantidad de trabajo que tiene que desarrollar cada uno de ellos. A nadie puede escapar la evidente ventaja que saca el enfermo examinado de este modo, si sólo se piensa

en la suma de las actividades y en el inter-control que esto significa. La colaboración y la crítica constructiva, que anima a estos conjuntos de médicos, son la base y el nervio de estas estructuraciones.

Otra de las características fundamentales de las actividades médicas de los Seguros Sociales, es el respeto a las jerarquías funcionarias. Este sistema vertical, como se llama, porque su personal tiene grados escalonados de menor a mayor, es otra de las bases de la armonía y de la colaboración en el trabajo. Este escalafón técnico, que no hay que confundir con el administrativo, está regido por reglamentos en que los años, las calificaciones y principalmente las actividades de superación son los solos factores que se toman en cuenta.

Las jerarquías funcionarias tienen la doble significación del respeto y del aprecio mutuo.

7º Derechos del médico en los Seguros Sociales

No podemos terminar este trabajo sobre deontología del médico en la práctica del Seguro Social, sin hablar, aunque sea de una manera sucinta, de los derechos que adquiere el médico funcionario en recompensa de su labor. Y esto por lo que ya dejamos dicho en repetidas ocasiones en el trascurso de este estudio, de que nosotros entendemos por deontología no tan sólo los deberes de todo orden que debe cumplir el médico, sino también los derechos que éste tiene.

Estos derechos considerados en una forma general podemos dividirlos en dos grandes categorías: los derechos morales y los derechos materiales.

Es al respeto y a la consideración que la Sociedad debe a sus buenos funcionarios, a estos elementos que gastan sus más caras energías en el trabajo diario en favor del público, a lo que podemos llamar con justicia derechos morales del médico. La función pública que desempeña tiene una alta significación social y humana y de ahí deriva el derecho al respeto y a la consideración de sus conciudadanos. El médico aquí como allá, hoy como ayer, está

expuesto a contraer enfermedades que le pueden acarrear la invalidez o la muerte, y a cambio de estos riesgos tiene el legítimo derecho de exigir de la Sociedad respeto y consideración.

En este sentido la mentalidad de la gente ha sido siempre un poco extraña: hace héroes y mártires en la política, en la guerra y en los deportes, pero casi nunca en este gremio que día a día lucha con la muerte y gasta prematuramente sus energías en el ejercicio de esta profesión noble y abnegada.

La medicina es una ciencia que evoluciona sin cesar y sus oficiantes, los médicos, necesitan seguir paso a paso el desarrollo de esta evolución. Por otra parte, dentro de todo médico existe el germen, como necesidad espiritual, de su perfeccionamiento técnico y cultural. En este sentido tiene el derecho de exigir de los Seguros Sociales las posibilidades de este perfeccionamiento.

En nuestro país y principalmente en la Caja de Seguro Obrero existe toda una serie de medidas dictadas con el objeto de cumplir con estas aspiraciones de su cuerpo médico. Viajes becados a Europa, asistencia a Congresos Científicos y a curso de post-graduados y subvenciones para la organización de torneos médicos, constituyen las principales disposiciones en vigencia en pro del perfeccionamiento científico del personal.

Por otra parte, la forma en que se trabaja, en estrecha colaboración, el rico material clínico y los grandes laboratorios de que se puede disponer, constituyen una verdadera cátedra de enseñanza que perfecciona al funcionario y le mantiene constantemente el interés por el estudio. El servicio de bioestadística, a cargo de un técnico especializado, está a la disposición del médico que quiera estudiar o experimentar en la verdadera realidad social.

Junto a estos derechos morales están los de naturaleza material, entre los cuales los económicos ocupan el primer lugar.

Los Seguros Sociales deben remunerar en una forma justa y de acuerdo con la importancia de la labor que desempeñan a sus médicos funcionarios.

De una manera general podemos decir que las labores médicas funcionarizadas han sido siempre pésimamente remuneradas.

El régimen de los Seguros Sociales empieza ahora solamente a comprender esta injusticia para con el gremio y marcha a la vanguardia, por lo menos en su país, en lo que a remuneración justa se refiere.

Hay que tomar en cuenta que los Seguros Sociales han arruinado en gran parte a la medicina privada, quitándole a los médicos la mayor parte de sus clientes. Esto ha traído en todos los países una perturbación profunda en la situación económica de los prácticos, principalmente en los médicos jóvenes, los que una vez recibidos no tienen otro camino que entrar a los servicios asistenciales o a los Seguros con sueldos que apenas les basta para la subsistencia. Es justo, pues, que si la medicina toma el nuevo camino que estamos indicando, la colectividad se preocupe de la situación económica del médico, de manera que corresponda a sus labores y a la situación a que es acreedor.

Pero el sueldo no es todo el patrimonio que exige el médico de los Seguros Sociales: es necesario, además, que éstos le brinden una adecuada previsión, desde todos sus puntos de vista: escalafón, seguros de invalidez, de vejez, de muerte y de jubilación.

Hemos llegado al término de este trabajo, en el que hemos tratado de bosquejar a grandes rasgos la deontología del médico en la práctica de los Seguros Sociales. Ella ofrece, como hemos visto, algunas características especiales dignas de estudio y que emanan de las nuevas orientaciones del ejercicio profesional.

El mundo en su rodar incesante nos presenta este nuevo concepto asistencial y al cual nuestra generación le ha dado forma y desarrollo. Nosotros los médicos no hacemos otra cosa que someternos al destino, tratando en lo posible de encauzar por caminos expeditos estos vaivenes de la vida de los hombres.

A través del desarrollo de la historia de los pueblos, el médico se va amoldando a las nuevas situaciones, es sólo un reflejo de los hombres y su moral la del medio en que actúa. Sólo una cosa permanece inamovible: es su amor por la Ciencia y el sentido profundamente humano con que la aplica.

Deontología Médica en la Práctica del Seguro Social

Por LUIS ANGEL UGARTE

DEONTOLOGIA MEDICA EN LA PRACTICA DEL SEGURO SOCIAL

Por Luis Angel Ugarte

I) Importancia y oportunidad del tema.

No podía ser más oportuna la determinación de la Comisión Organizadora de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, de señalar el tema: "Deontología Médica en la Práctica del Seguro Social", como uno de los que han de tratarse.

Efectivamente, está hoy universalmente reconocido que los seguros sociales son elementos fundamentales en toda política social y se han adoptado en muchos países, independientemente de su organización política (liberal o totalitaria) económica y social (individualistas o colectivistas) como la forma más perfecta hasta hoy conocida de protección a las clases económicamente débiles, contra los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, muerte, maternidad y paro. Los que aún no los han incorporado a su legislación estudian la forma más conveniente de hacerlo.

En los cuadros adjuntos resumimos la marcha del Seguro Social Obligatorio de Enfermedad en el mundo. La observación de ellos nos permite ver que se trata de una institución que está en marcha francamente progresiva.

Nacidos, con carácter obligatorio, en Bélgica en 1844, pero restringidos solamente a los marinos que navegaban bajo bandera bel-

ga, se extienden paulatinamente por el mundo, no sólo geográficamente, por decir así en superficie, sino también ampliando su campo de aplicación a mayor número de clases sociales en cada país, es decir en profundidad.

Este proceso de crecimiento es al principio muy lento, tanto que al finalizar el siglo XIX estaba circunscrito a Alemania, Austria y Hungría, con un amplio campo de aplicación y restringido a los obreros más amenazados en Bélgica (marinos) y Francia (mineros).

En los primeros años del presente siglo se acelera notablemente, tanto que en 1914, al iniciarse la guerra europea, lo han implantado ya, además de los anteriores, los siguientes países: Luxemburgo, Croatia y Slovenia, Bosnia y Hertzegovina, Noruega, Gran Bretaña, Rusia, Rumania, Estonia, Letonia, Holanda y algunos cantones de Suiza. En todos ellos con amplio campo de aplicación.

Pasados los años de la guerra, un nuevo impulso, esta vez más intenso, extiende el Seguro Social por el mundo. Las transformaciones políticas, económicas y sociales de Europa, consecutivas a la guerra, han seguramente influído en la aceleración del proceso que estudiamos.

Si exceptuamos a Chile, que ha implantado el seguro social obligatorio de enfermedad todavía en 1924, y que actualmente marcha a la vanguardia del mundo en ese terreno, podemos decir que es en la actual década, iniciada en 1931, que en América ha comenzado la marcha progresiva del Seguro Social de enfermedad.

No es, pues, de extrañar que sea hoy éste el tema que más interesa y preocupa a los médicos del mundo y en especial de América.

Es así como la Conferencia Médica Panamericana de 1924 acordó un voto sobre Seguros Sociales, a propuesta del doctor Bambarén.

El Primer Congreso Español Pro-Médico, reunido en Zaragoza en setiembre de 1935, estudió como uno de los temas más importantes el del Seguro Social de Enfermedad. La X Conferencia Sanitaria Panamericana que acaba de reunirse en Bogotá involucra también en su temario el Seguro Social.

Entre los diferentes aspectos del Seguro Social es evidente que el que se refiere a su influencia sobre la práctica de la medicina y

sus normas deontológicas, es uno de los de más importancia para el cuerpo médico.

II) Delimitación del tema.

Podríamos limitar nuestro estudio a la influencia que la práctica de los Seguros Sociales, o dicho más claramente, la práctica de la medicina a través de los Seguros Sociales, tiene sobre la deontología médica. Pero conceptuamos que no es posible abordar con fruto este tema sin señalar primero, aunque sólo sea esquemáticamente, los factores determinantes de la conducta humana y de la moral profesional y sin hacer un examen, igualmente somero, del estado actual de la práctica de la medicina y de sus normas deontológicas.

Definidas esas dos cuestiones previas, debemos abordar el estudio de la transformación que los seguros sociales, especialmente de enfermedad, han de producir al ejercicio de la medicina y la influencia de esa transformación sobre la deontología médica.

III) Factores determinantes de la conducta humana.

No es necesario ser observador acucioso para ver cómo, en las mismas circunstancias, es diferente y a veces opuesta la conducta de unos y otros individuos. Por ejemplo, y para no apartarnos del tema que debemos desarrollar, hay médicos que guardan celosamente los secretos que conocen en el ejercicio de la profesión y otros que no.

Pero es también fácil observar que el mismo individuo actúa de manera diferente, según las circunstancias ambientes. Tratemos, pues, de observar separadamente cada uno de esos dos órdenes de factores: individuales o internos y ambientales o externos de la conducta humana.

A) Factores individuales.

No vamos a pasar revista a todas las doctrinas psicológicas ni metafísicas de la actividad consciente; digamos tan sólo que en este

terreno del conocimiento, como en todos, hay doctrinas distintas: unas, netamente organicistas, sostienen el carácter esencialmente fisiológico de la actividad consciente del individuo y tratan de explicarla como una asociación de reflejos. Las investigaciones de Pawlow y su escuela sobre los reflejos condicionados en los animales, son el soporte principal de esas doctrinas.

Hay otras teorías psicológicas puras, por decirlo así. Las principales son: La **teoría ascciacionista**, según la cual la actividad consciente del individuo es una resultante de sensaciones elementales y combinaciones de sensaciones que determinan un estado de conciencia. Esta es función, en cada instante, no sólo de las sensaciones presentes sino del pasado de la especie y del individuo.

Pero este estado de conciencia no tiene por sí mismo, según Ribot, ninguna eficacia volitiva, se limita a una constatación y sólo por un mecanismo psico-fisiológico muy complicado, es posible realizar el acto voluntario.

Teoría intelectualista de Herbart que considera a las representaciones y sus relaciones constituyendo toda la realidad psicológica.

El concurso o conflicto de representaciones se revelaría a la conciencia bajo la forma de estados afectivos o voluntarios que no tendrían, por sí mismos, nada de específico: serían simples modalidades de las representaciones.

Teoría de Wundt.—También para este psicólogo la representación es el factor esencial de la actividad consciente: toda representación, fase objetiva de la realidad psicológica, se desdoblaría en un estado afectivo, fase subjetiva de esa misma realidad. Todos los actos voluntarios serían simples expansiones de los procesos representativos y de los estados afectivos consiguientes.

Teoría de James.—Asigna a la actividad voluntaria un carácter sui géneris y por consiguiente diferente de las representaciones y estados afectivos. Todo estado de conciencia tendría cierto grado de eficacia impulsiva a la acción. Cuando se presentan varias representaciones que se inhiben mutuamente, en la conciencia se produciría un estado de indecisión y se entablaría la lucha entre las representaciones que se contradicen, hasta que, por el triunfo de una

de ellas, se produce la decisión y el acto volitivo se ejecuta. Precisamente sólo en este caso adquiriría el acto voluntario todos sus caracteres. El coeficiente impulsivo de las tendencias sería más elevado que el de las ideas morales y por ello la acción moral parecería a la conciencia ejercerse en el sentido de la mayor resistencia.

Todas estas teorías consideran, como vemos, al individuo aislado y tratan de explicar la actividad voluntaria simplemente por el juego de los fenómenos psico-fisiológicos.

El ambiente, sea físico, psicológico o social, que rodea al individuo es percibido por éste del exterior, por decirlo así y esa percepción se traduce en estados de alma y por consiguiente en un proceso puramente psicológico. Toda actividad humana sería simplemente de orden fisiológico o psicológico. Entre actividad refleja y actividad voluntaria no habría diferencias fundamentales, sólo diferencia de complejidad psico-fisiológica.

Explicación sociológica de la vida mental.—La escuela sociológica francesa, representada principalmente por Durkheim, Levi-Bruhl, Fauconnet, Hubert y otros, considera que estudiar la vida mental, especialmente la volición, sin salirse del individuo, es plantearse un problema insoluble; es, según Blondel "como desdeñar el principal de los términos del problema".

Para esa escuela hay que distinguir, en el hombre, la actividad motriz de la actividad voluntaria propiamente dicha. La primera, que nos es común con los animales, es de naturaleza refleja. Se explica su complejidad por asociaciones múltiples de reflejos a manera de los reflejos condicionados de los animales, pero que encuentran en nuestro desarrollado sistema neuro muscular una materia bastante rica y dúctil y capaz de organizarse hasta cierto grado (adiestramiento).

La segunda es de un orden diferente y no puede explicarse fuera del orden social que no actúa sobre el individuo simplemente como un ambiente exterior a él, sino que penetra en su esencia misma: es un todo del que el individuo forma parte y por consiguiente existe antes que él, se le impone desde su nacimiento hasta su muerte; es el factor principal en la formación de la personalidad a la que modela, mediante la educación, a su imagen; penetra hasta

en las partes más individuales de su naturaleza; invade progresiva y obscuramente el subconsciente, incorporándose tan íntimamente a él que pasa por instintos primitivos o tendencias naturales. En una palabra: "todo lo que, en la vida mental del hombre, no equivale a una simple reacción del organismo a las excitaciones que recibe, es necesariamente de naturaleza social". (Davy).

Es la vida colectiva, propia del medio social, la que al reflejarse en el individuo civilizado lo hace lo que es.

Al referirnos a los factores ambientales de la conducta humana debemos insistir nuevamente en estos conceptos.

Intentamos elaborar este trabajo con un criterio esencialmente objetivo y por consiguiente nos vamos a limitar a esa sucinta referencia de las teorías y a señalar los principales hechos ya sólidamente establecidos.

Un análisis objetivo de los factores de que depende la individualidad humana nos permite señalar los siguientes:

a). **Morfológicos.**—No sólo referentes al hábito externo, tamaño y forma del cuerpo, calidad de la piel, del cabello, distribución de la grasa, etc., sino también de las características anatómicas, forma, tamaño, peso, etc., de los órganos internos y bajo el punto de vista que nos interesa principalmente, configuración externa del cráneo, disposición y configuración de las circunvoluciones cerebrales, en especial de los surcos más pequeños e íntimos que seguramente son tan variados como las huellas digitales.

La observación de los factores morfológicos de la individualidad ha permitido hacer la clasificación de los tipos humanos de acuerdo con sus variaciones: tales son los tipos brevilíneo, longilíneo y mediolíneo de los patólogos franceses o los tipos macrosómico, megaloesplácnico y microsómico, microsplácnico de Viola y Pende, también los tipos respiratorio, digestivo, muscular y cerebral de Sigau.

La actitud ante la vida, el interés por tal o cual actividad, es diferente en unos y otros tipos.

b). **Fisiológicos.**—Es decir referentes al dinamismo de los diferentes sistemas y aparatos, no sólo en su funcionamiento aislado sino, y principalmente, en la correlación de unos con otros dentro

del organismo humano. En este sentido se ha podido demostrar la enorme importancia que en tipología humana adquieren los mecanismos de correlación, es decir los sistemas neuro-vegetativo y endócrino.

Son precisamente factores de este orden, los que, con la denominación de temperamento, han servido, desde la más remota antigüedad para diferenciar los tipos humanos. Así tenemos: los temperamentos bilioso, pituitoso, atrabiliario y sanguíneo de Galeno; los temperamentos bilioso, nervioso, linfático y sanguíneo de los médicos del siglo XIX; los temperamentos asténico e hipertónico de Tandler; vagotónico y simpáticotónico de Eppinger y Hess.

c). **Psicológicos.**—Es decir referentes a la vida mental en sus diferentes aspectos: vida afectiva (sentimiento, emociones, inclinaciones, pasiones); vida intelcctual (sensaciones, percepciones, memoria, juicio, asociación de ideas, etc.); vida activa (instintos, hábitos, expresión, voliciones, etc.). Multiplicidad de aspectos que dan a la personalidad humana y a sus manifestaciones caracterológicas la infinita variedad de matices que hacen muy difícil, si no imposible, un conocimiento sintético del individuo.

Cada hombre se caracteriza por la calidad, número e intensidad de sus manifestaciones mentales.

Se han hecho múltiples ensayos para clasificar los tipos psicológicos humanos. Hay diferentes esquemas de clasificación que varían según el punto de vista que haya adoptado el observador. Todos ellos son o incompletos o muy complejos.

Una de las sistematizaciones más notables es la de Klages que observa la excitabilidad personal de los sentimientos o afectividad; la excitabilidad de la voluntad o temperamento y la facultad personal de exteriorización o natural.

También, según el predominio de uno de los grandes aspectos de la vida mental, se distinguen los individuos en sensitivos, intelectuales o voluntarios; y es de suponer la infinita variedad de sujetos que en cada grupo puede observarse.

"El estudio de la individualidad psicológica es tan decepcionante como sería el de la química si el número de los elementos se volviera infinito". (Carrel).

Debemos hacer resaltar también la importancia que la escuela psico-analítica de Freud da al subconsciente en la formación de la personalidad.

Todas las tendencias innatas, inclinaciones, instintos rechazados de la conciencia por la censura, el conjunto de experiencias olvidadas por el sujeto, tal vez si el mundo de percepciones que no se actualizaron en la conciencia, forman un rico contenido que tiene fuerza dinámica.

Aquí encontramos en cierto modo una confirmación a la escuela sociológica francesa. Efectivamente, según los psicoanalistas el comienzo de la vida mental del sujeto no es más que "ello" en el sentido de Freud, es decir "un reservorio de posibilidades e incentivos que lo mueven del deseo al goce" como dicen Delgado-Iberico. Pero bajo la influencia del ambiente familiar que le impone costumbres primero, conceptos hechos después y reglas de conducta que lo hacen adaptarse a la realidad social que lo rodea y de que forma parte, se va estableciendo y organizando el yo consciente. Los instintos gradualmente se subliman, el niño se va identificando con los que le rodean y tienen autoridad sobre él; de aquí la importancia de la personalidad de los padres en la formación de la personalidad de los hijos. Cuando el proceso de educación no ha sido cuidadoso, la sublimación no se lleva a cabo en forma completa, como sucede por ejemplo en los excesivamente mimados: el interés del sujeto se fija en etapas inferiores del desarrollo, por ejemplo en la que domina el amor de sí mismo antes que nada (narcisismo de los psicoanalistas). Otro factor de las perturbaciones de la formación correcta de la personalidad serían "los traumatismos psíquicos", cuya representación subconsciente constituyen los complejos.

Lo individual y lo social en la personalidad humana. — Es evidente que en nuestra conciencia existen, al mismo tiempo, elementos de orden colectivo, comunes al grupo social de que formamos parte, y que nos hacen semejantes a las otras personas de ese grupo y elementos propiamente individuales, que nos caracterizan y hacen diferentes de los demás.

Según Durkeim cuanto más primitivas son las sociedades menos diferenciados son los individuos que las forman, mayor predo-

minio tienen en su conciencia los elementos colectivos. Por el contrario, cuanto más desarrollada es una sociedad, cuanto mayor es la división del trabajo, más diferenciados son los individuos, adquieren más personalidad y los elementos individuales de la conciencia tienden a predominar.

Numerosos observadores de todos los tiempos han confirmado estos hechos: Hipócrates decía que los Scitas tenían un tipo étnico y no tipos personales; Humboldt observó que en los pueblos bárbaros había más bien un tipo propio de la horda que tipos individuales y Ulloa afirmaba que quien ha visto a un indígena de América los ha visto a todos. Esas semejanzas son no sólo de orden físico sino también psíquico. Según Waitz la semejanza física proviene principalmente de la ausencia de una fuerte personalidad psíquica, del estado inferior de la cultura intelectual.

Hay observaciones que confirman este aspecto de la cuestión: En Egipto los mercaderes de esclavos se preocupaban sólo de averiguar con precisión el lugar de origen de los mismos y no sus caracteres individuales, pues una larga experiencia les había demostrado que las diferencias entre individuos de una misma tribu eran insignificantes al lado de las que derivan de la raza.

Continuando el examen objetivo de las características individuales, nos toca señalar otro orden de hechos:

Edad.—Cada uno de los aspectos anotados anteriormente: morfológico (constitución), fisiológico (temperamento) y psicológico (carácter) se modifican con la edad. Cada uno de nosotros tiene conciencia del cambio sufrido en su personalidad, de las modificaciones de sus tendencias, inclinaciones, pasiones, de su manera de reaccionar ante la vida.

"El niño antes de tener lo que en lenguaje familiar se llama el uso de razón, ya ha adquirido, en las condiciones normales, y en el mayor número de los casos los rudimentos de su modo de ser. Con la crisis de la pubertad tiene lugar una desdiferenciación de los rasgos, tras la que sobreviene una nueva ordenación intestina generalmente definitiva. Es entonces cuando el sujeto se incorpora plenamente en el mundo de los valores y su forma de existencia se hace inseparable de las objetivaciones y normas del espíritu, sea encar-

nándolas en su conducta y en su vida, sea desviándose de ellas con una manera de ser irregular e improductiva, ciega para los valores e incapaz de realizarlos'', nos dicen Delgado-Iberico.

Pero aun cuando pasada la crisis de la pubertad haya quedado definitivamente establecida la personalidad del individuo, ello sólo en sus disposiciones y rasgos generales, pues es innegable la transformación caracterológica aún en etapas posteriores de la vida: la actitud en la juventud es distinta a la de la edad madura y la de ésta a la de la ancianidad.

Sexo.—Igual cosa debemos decir en cuanto al sexo: hay diferencias constitucionales, temperamentales y caracterológicas bien definidas entre el hombre y la mujer. Se han señalado, principalmente, mayor emotividad, fantasía más viva, preferencia por lo concreto y rechazo de lo abstracto en la mujer.

Raza.—Nadie podrá negar tampoco las peculiaridades en los mismos órdenes de hechos de las diferentes razas: las características constitucionales, temperamentales y caracterológicas y por consiguiente la actitud frente a la vida, son muy diferentes entre arios y judíos, amarillos y negros, etc.

Influencia de la herencia y el medio.—Nos toca abordar ahora, hasta donde es posible hacerlo someramente, el estudio de la formación de la personalidad, en el sentido más amplio.

Son dos factores distintos en su esencia los que actúan en la formación de la personalidad: por una parte cualidades y estigmas trasmitidos por el plasma germinal y por otra las diversas influencias intra y extra uterinas sufridas por el individuo en la adaptación a su medio.

En el primer factor están incluídas todas las disposiciones hereditarias que determinan la pertenencia del individuo a su raza, familia y también a su sexo. Dada la forma como se realizan los cruzamientos humanos, es enorme e inagotable la diversidad de mezclas hereditarias y se concibe fácilmente la originalidad prácticamente absoluta del acervo hereditario de cada individuo.

El segundo factor resulta de las variaciones producidas en el proceso de desarrollo bajo la influencia del medio ambiente, no sólo físico sino también psíquico y social. Esta influencia es incesan-

te y se ejercita desde el momento del nacimiento hasta las postrimerías de la vida y es la principalmente responsable de las transformaciones que hemos señalado en el carácter y en general, en la personalidad, con la edad; sin que esto quiera decir que en esa transformación deje de actuar el factor hereditario, ya que lo que se hereda no es solamente la constitución y temperamento con que se nace sino el impulso evolutivo del ser, del que depende, por ejemplo, en gran parte, la rapidez mayor o menor del crecimiento, el mayor o menor tamaño que adquiere el individuo, etc. Actualmente no es posible precisar el grado de influencia de uno u otro factor en los diversos aspectos de la personalidad.

No podemos dejar de insistir, ya que nuestro tema se refiere al Seguro Social, en la importancia del grupo de factores sociales que se estudian hoy con el método estadístico. Para ser breves nos vamos a referir solamente a lo que se llaman las clases sociales, ya que en esa realidad están comprendidos factores varios (alimentación, vivienda, personalidad de los padres, reglas de conducta de éstos, etc.). Ante todo debemos aclarar el concepto de clase social en el sentido de que, hoy que la vida social está dominada por el factor económico, es fundamentalmente de ese orden. Los sociólogos han hecho, con ese criterio, diversas clasificaciones; como ejemplo citaremos la que considera las clases: independiente, media, obreros especializados, obreros semi-especializados y obreros comunes.

Nicéforo ha comprobado en los niños la existencia de una inferioridad muy sensible en la estatura, peso absoluto y relativo, perímetro torácico, capacidad respiratoria, fuerza muscular, resistencia a la fatiga, perfección de los sentidos, etc., en las clases pobres, en relación a las otras. Estas diferencias que existen desde el nacimiento se acentúan en la edad escolar.

Idéntico fenómeno se ha observado en lo que se refiere al desarrollo mental: el estudio hecho a este respecto, sobre 13,000 escolares de Northumberland por Duff y Thomson, ha permitido comprobar que la inteligencia media de éstos baja con el nivel de la clase social a que pertenecen los padres. Investigaciones análogas hechas en escuelas de Londres han conducido a los mismos resulta-

dos. Por lo demás, la condición mental sufre la repercusión del estado físico.

Sand opina que ni el factor hereditario ni la selección natural son causas dominantes de la desigualdad biológica constatada entre las diversas clases sociales y que se debe dar la máxima importancia al ambiente social.

Entre esos factores sociales Sand hace resaltar, especialmente, la influencia del ambiente doméstico no sólo sobre el estado físico, sino también mental del individuo. Refiriéndose a los desastrosos efectos del tugurio, dice: "La moral es cuestión de metros cuadrados".

La importancia del factor social en la formación de la personalidad es destacada, principalmente, por la escuela sociológica francesa, a la que hemos hecho referencia. Según ella, la sociedad es una realidad de orden superior que existe antes que el individuo, actúa sobre éste desde sus primeras manifestaciones psíquicas, se imprime en él y lo modela a su imagen. Aun las nociones y conceptos generales que norman su conducta son producto social, puesto que son generales al grupo, que son fruto de la experiencia colectiva elaborada con la experiencia individual de muchas generaciones, a través de siglos. El individuo los encuentra hechos y se le imprimen en su conciencia por el lenguaje y por la educación; no sólo por la educación sistemática que tiende especialmente a inculcar al individuo nociones y conceptos, reglas y normas de vida, sino por la educación indirecta resultante del simple contacto con el grupo social.

Hemos visto cómo esta influencia del grupo social invadiría hasta lo más íntimo de la individualidad, no se limitaría a instalarse en la conciencia, sino que penetraría hasta el subconsciente y se asimilaría tan íntimamente a él que sus manifestaciones aparecerían después como impulsos y tendencias instintivos. Aun en el orden afectivo, la emoción estaría ligada a determinadas representaciones sólo por la educación y el hábito.

Si el individuo pudiera existir realmente aislado del medio social, su experiencia individual no sería capaz de crear sino simples hábitos psicomotores, especie de reflejos condicionados sujetos

al incesante cambio que les imprimiría el fluír de las condiciones psicomotores capaces de producirlos o de destruirlos, pero no podría formarse en su conciencia reglas generales y fijas de conducta capaces de mantenerlo al margen de ese cambio incesante.

La influencia de los diferentes factores ambientales: físico (climatológico, geográfico), biológico (alimentación, enfermedades) y social (familia, escuela, profesión, población y país en que se vive) es evidentemente de grado muy diverso sobre los diferentes aspectos de la personalidad (morfológico, fisiológico o mental). Es muy probable que los primeros tengan influencia predominante sobre los aspectos morfológico y fisiológico y los últimos especialmente sobre el mental. Sin embargo la influencia del ambiente físico sobre la personalidad mental y moral del individuo es innegable. Las provincias del departamento del Cuzco, cuyas poblaciones se extienden en la zona hidrográfica del Apurímac, son pródigas en abigeos y criminales, no así las de la región del Urubamba.

Aun cuando hemos afirmado que la influencia del ambiente se ejerce sobre todos los aspectos de nuestra personalidad, en forma incesante, desde el nacimiento y propiamente aun desde la concepción hasta las postrimerías de la vida, tanto que se ha dicho que el hombre es un ser ante todo histórico que actúa en cada momento con todo su pasado, la susceptibilidad del individuo a sufrir esas influencias es diferente en las diversas etapas de la vida. En general es tanto mayor cuanto más joven es. La sugestionabilidad del niño y su aptitud y tendencia a la imitación son factores decisivos de esa influencia.

Esta somera exposición de las influencias ambientales sobre la personalidad, que acabamos de hacer, se refiere solamente a las del pasado, es decir, a las que han contribuído a formar la personalidad.

Antes de abordar el estudio de la influencia del ambiente actual sobre la conducta humana, debemos hacer referencia a otro factor importante en la formación de la personalidad, pero que no es aceptado por todos. Además, es muy difícil discriminar su independencia de los otros dos (herencia y ambiente) ya señalados. Me refiero a la influencia del propio yo. No puede negarse la influen-

cia del individuo, por lo menos del mentalmente superior, sobre la formación de su propia personalidad. Ella se ejerce no sólo por el cultivo de su cuerpo y mente, siguiendo la dirección que le marcan los incentivos que le son propios en la vida sino, principalmente, dominando inclinaciones y tendencias que comprende le son desfavorables. Aquí cabe hacer resaltar la enorme importancia del hábito, importancia reconocida desde la antigüedad, en la formación de la personalidad. Ya Aristóteles decía: "En cuanto a la virtud moral, nace más particularmente del hábito y de las costumbres" y también decía: "No adquirimos las virtudes sino después de haberlas previamente practicado. Se hace uno justo, practicando la justicia; sabio, cultivando la sabiduría o valiente, ejercitando el valor".

Se ha llegado aún, especialmente por las escuelas empiristas inglesas, a considerar el hábito como el principio explicativo de todas las leyes del espíritu.

En cuanto a la naturaleza íntima del hábito y, en general, a la influencia del yo en la personalidad y su dependencia de los factores herencia y ambiente, nada se puede precisar aún.

B). Factores ambientales de la conducta humana.

a). **Ambiente físico.**—No es fácil precisar la influencia del ambiente físico actual sobre la conducta humana. Sin embargo, es evidente que ésta existe. Posiblemente actúa sobre el estado de ánimo: el "spleen" de los londinenses y la "nevada" de los arequipeños parecen ser exponentes de esa influencia. Aun cuando ella es más acentuada en determinados individuos, particularmente susceptibles, es posible que todos o, por lo menos, la generalidad, sean capaces de sufrirla: nuestro estado de ánimo no es igual en un día de sol que en otro nublado; en determinado ambiente geográfico sombrío que en medio de un bello panorama.

b). **Ambiente social.**—La influencia del ambiente social actual sobre la conducta humana ha sido demostrada en toda su amplitud por la escuela sociológica francesa, a la que hemos hecho ya múltiples referencias. Según ella el ambiente social actúa no simplemen-

te de fuera, como lo hace el ambiente físico, sino que la vida mental toda del individuo, que es sólo parte de la colectividad, es intrínsecamente de orden social y no puede explicarse prescindiendo de este orden y considerando sólo el aspecto individual del hombre.

''Las formas complejas de la vida psíquica del individuo, dice Ribot, son inexplicables fuera del ambiente social''.

Al referirnos a la influencia del ambiente social sobre la formación de la personalidad, hemos visto cómo el sistema conceptual del grupo se impone al individuo desde la cuna, por medio del lenguaje y de la educación. Es así como el individuo percibe la realidad a través de esos conceptos, no tal como es sino tal como lo percibe el grupo social del que forma parte y esa realidad así percibida es indiscernible para él de la realidad misma. Según su grado de cultura podrá analizarla más o menos, podrá, inclusive, contradecirla, pero no podrá impedir que se haya impuesto primitivamente a su mente y a la del grupo de que forma parte.

Son las representaciones colectivas así impuestas las que le marcan la línea de conducta moral, de sus costumbres y conveniencias sociales a las que debe someterse so pena de sufrir las sanciones diversas que se hacen sentir, sea del exterior o sea de su fuero íntimo y más o menos claras o difusas.

La mayoría de los individuos actúa simplemente siguiendo las normas que la colectividad le impone: su voluntad es simple obediencia a los imperativos colectivos.

Pero aun siendo obediencia es siempre voluntad, porque los imperativos colectivos se expresan en la conciencia individual por medio de los conceptos a que hemos hecho alusión y que son capaces de aplicarse a una serie indefinida de casos. En este sentido la autonomía de la voluntad sería simplemente una heteronomía que se ignora.

Los conflictos que se suscitan en la conciencia entre los instintos, inclinaciones y pasiones de un lado y los imperativos colectivos, es decir, conceptos, reglas morales, normas de conducta, de otro, son resueltos por la generalidad de los hombres, al menos para lo esencial en el sentido de la obediencia a los imperativos colectivos. Esto se explicaría por la diversa naturaleza de las fuerzas que se enfren-

tan: las primeras (instintos, inclinaciones, pasiones) se presentan con vehemencia y calor, pero, en todas ellas, que reciben su fuerza del organismo, hay siempre cierta contradicción interna que las hace anárquicas y débiles. Son ''más tumultuosas que eficaces''. Los imperativos morales y sociales, por el contrario, que reciben su fuerza de la colectividad y no del capricho individual se presentan con una fría e inflexible tenacidad, salvo los casos raros de exaltación colectiva.

Por eso las pasiones que tienen menos consecuencias, que no chocan tan profundamente los imperativos colectivos, son más difíciles de vencer. Por eso, por último, en las sociedades en que los conceptos y nociones éticas se debilitan, en que los imperativos colectivos pierden fuerza, el desbordamiento de las pasiones se hace más frecuente.

Guyau, que interpreta el sentimiento moral de manera distinta a la escuela francesa, observa también esa característica de su fuerza impositiva. ''La fuerza del sentimiento moral, dice, adquiere un carácter más notable cuando toma la forma de una represión interior, de una tensión constante, no de una impulsión o represión súbita. En la mayoría de los casos y en la mayoría de las gentes, el sentimiento del deber no es violento, sino durable; a falta de intensidad tiene en su favor el tiempo que es el más potente de los factores. Una tensión poco fuerte, pero que actúa de manera continua y siempre en el mismo sentido, debe necesariamente triunfar de resistencias mucho más vivas que se neutralizan unas a otras''.

La fuerza volitiva de los imperativos colectivos sobre la conciencia individual y sobre la conciencia humana se hace evidente en situaciones como la guerra, por ejemplo, en que las tendencias orgánicas más profundas derivadas del instinto de conservación pesan mucho menos de lo que pudiera creerse ante los imperativos colectivos.

La conducta de la mayoría de los hombres, de la masa, sería simplemente obediencia pasiva a los imperativos colectivos. La potencia efectiva de éstos varía según los individuos, sus aptitudes orgánicas y temperamentales, según, también, la fuerza de sus inclinaciones y pasiones.

A medida que la vida social se hace más compleja y que se impone la división del trabajo, los imperativos colectivos se hacen también más complejos y más variados y al lado de imperativos generales y comunes a todos los miembros del grupo, (morales, religiosos y sociales), se desarrollan imperativos especializados (intelectuales, estéticos o técnicos) que se aplican sólo a grupos restringidos de individuos.

Cuanto mayor sea el número de grupos sociales a los que un individuo pertenece, su voluntad se hace más elástica, más capaz de someterse a reglamentaciones diferentes y, por consiguiente, crece en extensión. Pero se ofrece aquí un peligro que puede resultar de que los imperativos no se jerarquicen convenientemente en la conciencia y se produzca una hipertrofia de los imperativos especializados, en detrimento de los generales del grupo. Tal sucedería, por ejemplo, en el campo de la deontología médica con la hipertrofia del compañerismo profesional a expensa de los deberes generales para con la sociedad.

La división del trabajo afloja los lazos que vinculan al individuo con la sociedad y aporta así cierto elemento de libertad. La masa común de los hombres que es apta más para la obediencia pasiva "que actúa por voluntad ya hecha", como dice Peguy, no es siempre capaz de afrontar los peligros y grandezas de esa libertad.

Los imperativos colectivos, las reglas y normas de conducta, la moral, en una palabra, de un grupo social determinado no permanecen fijos e inmutables, sino que varían y evolucionan bajo la influencia de factores y hechos colectivos. Están, según Levy-Bruhl, en relación con otras series de fenómenos sociales (económicos, demográficos, etc.). Pero existe también influencia individual de sujetos excepcionales, que sufren la exaltación crónica de la voluntad, bajo la influencia de una idea que los apasiona; idea de orden intelectual, estético, social, religioso o moral y que lanzan al mundo y tratan de imponerla.

Según Levy-Bruhl el conjunto de obligaciones y prohibiciones de un grupo social determinado en una época dada no constituye un todo armónico sino que está formado por un conglomerado de prescripciones, normas y prácticas de edades muy diversas: unas

remontan muy atrás en la historia y aun en la pre-historia; otras menos antiguas, llevan sin embargo "la pátina venerable del tiempo", pero es posible saber cuándo se han introducido en la conciencia colectiva; las hay en pleno acuerdo con creencias de nuestro tiempo y, por último, ideas y teorías nuevas suscitan conceptos colectivos que actúan como elementos de perturbación, de renovación y de progreso.

Es digno de anotar también, según demuestra el mismo autor, que la persistencia de los sentimientos es mucho mayor que la de las representaciones colectivas. Es decir que los sentimientos y las costumbres pueden mantenerse indefinidamente después de que las creencias que le eran solidarias han desaparecido.

La potencia propia de los sentimientos colectivos se aprecia, además, por las reacciones vivas que provoca la expresión de ideas que los afectan.

Motivos de la conducta humana.—Pfaundler en su "Fenomenología de la voluntad" da importancia fundamental en la determinación del acto volitivo al fenómeno psicológico del deseo y distingue la fuente fenoménica del deseo que sería el yo, o determinada situación del yo; la causa fenoménica del deseo o sea el fenómeno exterior por el que es provocado y la causa real del deseo o complejo de condiciones psico-físicas que residen en el individuo y en el medio actual.

Hace, además, una distinción entre el yo centro o yo núcleo, el yo propiamente consciente y el yo cuerpo y, de acuerdo con esa distinción, clasifica los deseos en extrínsecos, cuando asientan principalmente en el yo cuerpo y deseo central cuando asientan en el yo núcleo.

Shopenhauer señala como el motivo fundamental de la conducta humana el egoísmo, es decir, el deseo de ser y de bienestar. "El egoísmo, dice, en la bestia, como en el hombre, está enraizado muy fuertemente en el centro mismo del ser, en su esencia, digamos, mejor, es esta esencia misma. Por consiguiente, por regla general, todos los actos de un ser tienen su principio en el egoísmo".

Para este filósofo, el egoísmo no tiene límites. El hombre quiere, de manera absoluta, conservar su existencia; permanecer exento

de todo sufrimiento; poseer la suma posible de bienestar; gozar todos los placeres de que es capaz.

Por el egoísmo, cada uno quiere hacer de sí mismo el centro del Universo; todo lo relaciona a su persona. Cualquier suceso que tiene lugar ante sus ojos, por ejemplo las grandes transformaciones que se verifican en los pueblos, son juzgadas, ante todo, según el propio interés en el asunto, por pequeño, por alejado que sea ese interés. Por lo demás, Shopenhauer da al término egoísmo un sentido muy amplio.

En cualquier acto de justicia o bondad puede haber un motivo egoísta. Tal es el caso, por ejemplo, cuando ese acto es inspirado, en un espíritu religioso, por el deseo de obtener el premio o evitar el castigo en el más allá. O cuando es inspirado por el propósito de obtener honores y aprobación de los demás, adquirir renombre y, aún más, simplemente por el propósito de cultivar la propia personalidad y hacerla más elevada.

Para Le Dantec el egoísmo es no sólo el principal motivo de la actividad humana, sino la base de toda sociedad.

Parte del principio de que la vida es una lucha y que la concurrencia vital obliga al hombre a asociarse ante un enemigo común. Con un criterio exclusivamente biológico encuentra en el interés personal y egoísta, que resulta del instinto de conservación, el origen lejano o reciente de todas las nociones, aun las más sublimes de nuestra conciencia moral; aun de las más opuestas, en apariencia, al egoísmo y al interés personal.

Intereses solidarios, especialmente cuando se trata de defenderse de un mismo enemigo, bastan a unir individuos que fuera de esos intereses no tendrían nada de común entre sí. Por el contrario, intereses concurrentes se muestran cada día capaces de romper los vínculos más estrechos de familia.

En realidad no es precisamente el egoísmo el principal estímulo de la conducta humana sino el deseo; el amor, o, por el contrario, la repulsión o el odio por algo o alguien.

Deseos de comodidades y riquezas, de ostentación y lujo, de diversiones y placeres; el amor al poder, a las joyas y galas, a los manjares y bebidas constituyen los estímulos llamados egoístas. El

amor a la ciencia o al arte, al terruño, a la patria, a la humanidad, son los estímulos altruístas. Ambos son exponentes de que nuestra personalidad es atraída por el mundo exterior y tiende a expandirse. Lo que los hace diferentes es la naturaleza de los objetos que los atraen: en un caso es un elemento de nuestra personalidad: salud, fortuna, situación social, reputación, etc. De allí el amor a la vida, riquezas, placeres y honores, de los egoístas. En el otro caso son objetos más o menos próximos a nosotros, pero ya más exteriores: los lugares donde han trascurrido los años juveniles, las cosas que nos son familiares, las personas que forman los diferentes grupos sociales de que somos parte: familia, amigos, colegas, patria y humanidad, y todo lo que sirva para mantener y desarrollar la vida colectiva: ciencia, arte, moralidad, etc.

Los directores de toda institución, sea ésta el Seguro Social o sea una empresa industrial o comercial, o cualquiera otra, deben tener presente estos conceptos fundamentales si quieren mantener una elevada ética en la conducta del personal que en ellas trabaja, sea cual fuere su categoría. Esto quiere decir que en la organización y reglamentación de esas instituciones se velará cuidadosamente porque se cree un ambiente propicio y se estimulen los incentivos altruístas, por una parte, y porque no se ponga al individuo en ningún caso en situación de elegir entre el cumplimiento del deber y el interés material más o menos legítimo, por otra.

IV). **Estado actual del ejercicio de la medicina y de sus normas deontológicas.**

Dos hechos fundamentales caracterizan la práctica de la medicina actual: la división del trabajo en especialidades más o menos numerosas y la utilización de varias técnicas auxiliares para el diagnóstico y el tratamiento.

Estos dos hechos han tenido por consecuencia evidente la tendencia a la desaparición del médico de familia, omnisciente, que alcanzó su auge en Europa a fines del siglo XVIII y que subsistió entre nosotros hasta principios del presente siglo.

Otra consecuencia ha sido la desorientación del público que no sabe a cuál de esos múltiples técnicos y especialistas que han de intervenir en el diagnóstico y tratamiento de sus enfermedades ha de dirigirse primero.

Por otra parte esa multiplicidad de técnicos y el elevado costo de adquisición y sostenimiento de aparatos e instrumentos han traído, como consecuencia lógica, la elevación considerable del valor de los tratamientos aun más sencillos y han convertido a la medicina, que lógicamente debería estar al alcance de todos, en artículo de lujo.

Los rápidos progresos de las ciencias biológicas y últimamente los impulsos que han tomado las ciencias sociales, han permitido un mejor conocimiento de las causas de las enfermedades y tienden a determinar el auge de la medicina preventiva: la era pasteuriana nos ha permitido conocer la forma de dominar las enfermedades trasmisibles, quedando supeditado su dominio efectivo sólo a factores económicos. Los progresos crecientes del conocimiento de los factores sociales, obtenido gracias al método estadístico y a las investigaciones o "surveys" hechos en los medios sociales más afectados, van desplazando la medicina cada vez más hacia la prevención de ellas.

Todos estos hechos y posiblemente otros, de naturaleza esencialmente sociológica, que no estamos capacitados para juzgar, han determinado la intervención protectora, cada vez más activa, del Estado en defensa de la salud de las poblaciones y especialmente de las clases económicamente débiles. El auge considerable de los hospitales, la creación de sanatorios, preventorios, dispensarios, centros infantiles de salud, colonias de vacaciones y otras múltiples instituciones de asistencia, vienen contribuyendo a salvar la situación a que hacíamos referencia y que constituía una evidente inadaptación de la medicina moderna a las prácticas de su ejercicio. De aquí surge una nueva característica, la funcionarización del médico, ya que son médicos funcionarios los que deben atender y dirigir esas instituciones de asistencia; y vemos aún algo más: el numeroso y variado personal de trabajadores auxiliares de la medicina: enfermeras, visitadoras sociales, estadígrafos, administradores de hospitales, dietistas, policía sanitaria, etc.

Los rápidos progresos de la higiene hospitalaria han transformado los antiguos antros de dolor y miseria, antesalas de la muerte a que estaban reducidos los hospitales de principios del siglo XIX, en confortables centros médico-quirúrgicos, dotados de todas las costosas instalaciones de diagnóstico y tratamiento ahora necesarios y del numerosísimo personal de médicos y cirujanos especializados, de enfermeras y demás auxiliares que aseguren la atención más eficiente posible y con la mayor garantía de éxito. Este hecho ha determinado una nueva actitud del público que acude con mayor frecuencia a ellos.

El convencimiento, cada día más firme, de que, no obstante los progresos considerables que en las últimas décadas ha alcanzado la medicina y en especial la cirugía, las enfermedades no pueden ser radicalmente curadas sino cuando son precozmente reconocidas y tratadas, tiene como legítima consecuencia la tendencia actual de la medicina a captar al enfermo lo más pronto posible y, por consiguiente, a desarrollar los servicios destinados a atender a los enfermos al iniciarse la enfermedad: dispensarios, policlínicos, dotados de los órganos de captación: servicio social, educación y propaganda sanitaria, exámenes periódicos de salud, etc.

Pero todas estas características de la medicina contemporánea no existen desarrolladas plenamente sino en las populosas ciudades donde la civilización moderna, con sus múltiples adelantos materiales, cuyos peligros ha esbozado, con pincel maestro, Alexis Carrel, es también realidad palpitante. En las ciudades menos populosas, como la mayor parte de nuestras capitales suramericanas, la medicina contemporánea, que acabamos de esbozar a grandes rasgos, no ha alcanzado aún ese estado, pero se esboza la tendencia orientada en el mismo sentido. En los pequeños núcleos urbanos y en el ambiente rural es apenas una aspiración más o menos lejana.

Todos estos hechos no han podido menos que afectar hondamente el carácter liberal, o mejor dicho, individualista de la profesión médica. El prestigio alcanzado por los especialistas al diagnosticar con mayor precisión y tratar más eficazmente las enfermedades de su especialidad, ha tenido, como consecuencia lógica, la disminución de la confianza del público en los conocimientos y capacidad

de los prácticos generales; pero, al mismo tiempo, ha producido la desorientación y el desconcierto de los enfermos.

La división del trabajo dentro de la medicina, fruto de una ley sociológicamente inexorable, no podía alterar la naturaleza humana, que mantiene su unidad y la estrecha correlación de los diversos sistemas y aparatos orgánicos y hace necesaria la intervención, casi en cada caso, de múltiples especialistas y técnicos, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, con el consiguiente encarecimiento de la asistencia y desequilibrio económico de los enfermos. Muchos de ellos se encuentran absolutamente incapacitados de utilizar los progresos de la medicina. En realidad sólo dos clases sociales extremas, clasificación económica que hoy se impone, la de los ricos de renta suficientemente alta para soportar todos esos gastos y la de los indigentes que acuden y son recibidos en los servicios gratuitos de los hospitales, son los que se benefician con esos progresos.

He aquí, pues, una evidente inadaptación de la medicina contemporánea a la práctica del ejercicio profesional tal como está todavía establecida, con carácter general, entre nosotros.

Pero ese progreso, portador de la inadaptación y la crisis, debía también traer el remedio: hemos visto cómo la moderna higiene hospitalaria ha cambiado la actitud del público hacia el hospital. Los admirables progresos de la cirugía y la absoluta necesidad de hacerla en el medio hospitalario, primero; la obligación de aislar los enfermos contagiosos de cualquier clase social, después, y, por último, las crecientes costosas instalaciones de diagnóstico y tratamiento, han hecho necesario a todo el público acudir a esos establecimientos, sea para internarse en ellos, o, simplemente, en busca de las instalaciones aludidas.

En los Estados Unidos de Norte América es, posiblemente, donde más rápida y ampliamente se ha adoptado esta nueva forma de ejercicio de la medicina: el trabajo en equipo y donde el auge de los hospitales ha sido realmente extraordinario. Según Mac Eachern, en 1873 había en ese país 149 hospitales y al finalizar el 1934, 6,334 con una capacidad total de 1'048,101 camas. Auge que, por otra parte, tradúcese en el sorprendente hecho de convertirse la pe-

queña villa de Rochester en un gran centro médico-quirúrgico mundial, donde, prácticamente, toda la vida de la población gira alrededor del hospital.

Estos hospitales no son solamente sostenidos por gobiernos estaduales o locales, sino los hay creados por instituciones fraternales o confesionales diversas, cuya finalidad es esencialmente asistencial; pero hay, además, hospitales privados de propiedad particular o de instituciones comerciales que sólo reciben enfermos pagantes. Tanto los hospitales gubernamentales como los de las instituciones con finalidades asistenciales, además de enfermos gratuitos reciben enfermos pagantes de diversas categorías, según el grado de confort de la asistencia.

Pero el vital problema económico que significa para las clases con recursos modestos, suficientes sólo para satisfacer las necesidades diarias, no queda resuelto y se establecen los "group hospitalization" que vienen a ser asociaciones mutuales destinadas a asegurar la asistencia hospitalaria de sus miembros cada vez que la necesiten, mediante el pago de una prima periódica (mensual o anual).

Estas asociaciones garantizan sólo la asistencia hospitalaria y dejan al margen la asistencia médica propiamente dicha que se mantiene siempre en el terreno del entendimiento directo del enfermo y el médico. Es decir que la "asistencia médica es todavía un artículo comercial que el necesitado compra y paga directamente", como nos dice la Comisión Técnica de Asistencia Médica de los Estados Unidos en su interesantísimo informe titulado "The Needs for a National health Program".

Numerosas investigaciones y censos han permitido a la Comisión demostrar, con elocuentes cifras, lo que hemos afirmado y que, seguramente, ha sido percibido por todos: que los progresos de la medicina y cirugía en todos sus aspectos (diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades) no son utilizados ampliamente sino por una pequeña parte de los seres humanos.

He aquí algunos ejemplos tomados de los numerosísimos datos que contiene ese informe:

En 1936 casi 250,000 mujeres no contaron con la asistencia de un médico al dar a luz: a 15,000 las asistieron vecinas o parientes y

a 223,000 parteras, la mayor parte de las que son indoctas. Muchos hospitales que atienden distritos rurales y poblaciones pequeñas avisan que sus servicios de maternidad no fueron empleados en toda su capacidad, por no poder las familias pagar el valor de esos servicios.

Sólo el 16% de los enfermos de sífilis reciben tratamiento adecuado y se calcula que 75 por mil de los adultos de 35 años y más están infectados. En dos terceras partes de un grupo de 89 poblaciones pequeñas y distritos, estudiados en 1935, faltaban por completo, o eran inadecuados, los servicios destinados a la atención de enfermos venéreos.

Unas 75,000 personas están albergadas en establecimientos para débiles mentales y epilépticos y está calculado en 900,000 las que están fuera de esos establecimientos no obstante necesitarlo. Sólo 5 Estados tienen departamentos de higiene mental dirigidos por médicos encargados de coordinar las obras de este género. Un censo verificado por la Asociación Médica Americana en 1936, indicó que en la tercera parte de 228 hospitales para afecciones mentales que facilitaron datos, había un exceso del 15% o más sobre la capacidad normal, es decir que había hacinamiento. En 1934, la cuarta parte de las ciudades de más de 100,000 habitantes y casi las dos terceras partes de las de 50 a 10,000 carecían de clínicas psiquiátricas para niños y adultos.

La causa fundamental de esta situación es evidentemente la incapacidad económica de la gente de pocos recursos y lo peor es, precisamente, que la morbilidad es mucho más elevada entre ellos y se produce el hecho paradójico que los que más necesitan asistencia médica son los que menos la reciben.

El informe que comentamos señala al respecto los siguientes hechos categóricos: "Estudios de presupuesto de familia revelan que en conjunto dedican de 4 a 5% del total a asistencia médica, proporción ésta bastante constante, independientemente de los ingresos, hasta llegar a una renta anual de $ 5,000, al pasar de lo cual tiende a bajar algo".

"Una encuesta verificada en 1928-1931 entre grupos familiares típicos de 130 localidades en 17 Estados y el Distrito de Colum-

bia, reveló los siguientes volúmenes de servicios recibidos durante un período de 12 meses:

Servicios por persona en familias con ingresos fijos

Servicio	Menos de S/. 1,200	S/. 1,200 a 2,000	S/. 2,000 a 3,000	S/. 3,000 a 5,000	S/. 5,000 a 10,000	Más
Servicio médico para personas enfermas	1.9	2.0	2.3	2.7	3.6	4.7
Días de asistencia hospitalaria . . .	0.9	0.7	0.8	0.6	0.8	1.2
Casos dentarios. . .	0.1	0.2	0.2	0.3	0.4	0.6
Exámenes de salud .	0.08	0.07	0.07	0.08	0.1	0.2
Inmunizaciones . .	0.07	0.05	0.05	0.06	0.08	0.1
Exámenes y recetas oculares	0.02	0.02	0.04	0.05	0.09	0.2

Ahora bien, el costo de una asistencia médica adecuada para una familia de 4 personas varía de S/. 100.00 a más del doble. Una familia cuya renta anual es de S/. 1.500 al año no puede, evidentemente, disponer de S/. 100.00 para gastos de asistencia médica y la encuesta demostró que más del 42% del total de familias de la zona estudiada tenían ingresos menores de S/. 1,500 mensuales.

En resumen, una gran parte de la población de Estados Unidos, "la tercera parte, o quizás la mitad, es demasiado pobre para poder satisfacer por completo el costo de una asistencia médica adecuada, pues, para hacerlo, tendría que privarse de ciertas cosas que a la larga son tan necesarias como la asistencia médica para una vida sana y decente".

Además, como las enfermedades no se presentan en forma previsible, pues en un año puede no necesitarse asistencia médica o muy poca, mientras que en otro pueden producirse en la familia uno o más casos de enfermedades graves, largas y costosas, sucede que en esas circunstancias la familia se encuentra sin los fondos necesarios para afrontar los gastos que ocasionan.

En lo que respecta a la distribución de servicios y facilidades de asistencia, la Comisión afirma que, actualmente, hay en Estados

Unidos 165,000 médicos, resultando una proporción de 128 por 100,000 habitantes que sería, aproximadamente, suficiente si estuvieran bien distribuídos; pero sucede que los jóvenes médicos, bien preparados, que comienzan a ejercer, se quedan en los centros urbanos, por encontrar allí más oportunidades profesionales y económicas, no obstante que en muchos de esos centros el número de médicos existente es ya suficiente o aún excesivo, mientras que, en otros distritos rurales, poblaciones pequeñas y aun Estados enteros, no cuentan con suficientes médicos.

En las ciudades europeas el desarrollo de los hospitales no ha alcanzado el auge que en Estados Unidos, que es también considerable y los progresos, bajo el punto de vista higiénico y asistencial, posiblemente iguales y con la misma consecuencia de atraer cada vez más a todas las clases sociales. A este respecto Le Gendre dice: "Ya la clase media en París busca abusivamente la consulta hospitalaria porque sabe que allí va a encontrar ciertas técnicas cuyo equivalente no puede, siempre, ofrecerle el médico general".

Sin embargo, el ejercicio de la medicina en forma individualista se mantiene mucho más extendido.

En Europa existía ya, desde la Edad Media, un esbozo de protección colectiva contra los trastornos económicos producidos por la enfermedad: las corporaciones profesionales que se formaron en esa época tenían sus cajas de socorros fraternales para esos casos.

La aparición del industrialismo y el maquinismo a principios del siglo pasado y la formación consiguiente del asalariado industrial, cuyas condiciones de vida y trabajo le exponen a los riesgos físicos más diversos, hacen más aguda la necesidad de protección mutua contra esos riesgos y al mismo tiempo despierta en los obreros el espíritu de asociación y solidaridad, y se crean las primeras asociaciones con fines mutualistas y de defensa profesional.

Los modestos recursos disponibles por esas asociaciones y, posiblemente, la falta de una organización técnica adecuada, no les permite suministrar a sus miembros una amplia y moderna asistencia que cuente con todos los adelantos de la ciencia y el concurso de especialistas. Generalmente a su sombra medran mediocres instituciones asistenciales y numerosos médicos reclutados entre los de

más modesta posición. No se produce pues, tampoco, la amplia adaptación de la medicina moderna con todos sus adelantos a la práctica de su ejercicio.

La amenaza creciente de accidentes y enfermedades producidos por las nuevas condiciones de trabajo impulsa a los Estados a dictar leyes proteccionistas: primero creando la obligación de las empresas capitalistas de proporcionar asistencia médica en casos de accidentes y enfermedades profesionales y, después, protegiéndolos contra los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y, en general, todo riesgo capaz de conducirlos a la miseria por pérdida del salario. Es así como nacen los Seguros Sociales.

En todo caso surge una nueva modalidad de trabajo médico: la de los médicos contratados por las empresas industriales para la atención de los obreros. Las condiciones de esos contratos quedan completamente supeditadas a las leyes de la oferta y la demanda y a medida que la "plétora médica" (en sentido económico) se acentúa, esas condiciones se hacen cada vez más desfavorables a los médicos.

Las empresas industriales o las compañías aseguradoras de los accidentes se dan muy pronto cuenta de que los servicios de los médicos contratados, aun a bajo precio, les resultan muy costosos por las enormes indemnizaciones de invalidez que se ven obligadas a pagar; emprenden, entonces, la organización de instituciones propias de asistencia, convenientemente dotadas, tales como el Bergmannsheil u hospital de los Sindicatos de Minas y Fundiciones de Bochum; el Hospital para Accidentados del Instituto de Seguro Obrero de Viena y otros.

Los países europeos que no implantan de inmediato el Seguro Social Obligatorio adoptan la política de protección de las mutualidades obreras que son reconocidas de utilidad pública y aún subsidiadas con fondos del Estado; tal sucede especialmente en Italia (1886), España (1887), Dinamarca (1892), Bélgica (1894) y Francia (1898).

La transformación social profunda acaecida en Rusia después de la Guerra Europea, ha repercutido, como no podía dejar de

hacerlo, en la organización del ejercicio de la medicina que, prácticamente, ha desaparecido como profesión liberal.

Todos los médicos están, según Lelio Zeno, al servicio del Estado y dependen del comisariato de salud. Existen dispensarios y puestos de socorros atendidos por médicos rentados por el Estado y hospitales igualmente estaduales, donde son atendidos todos los enfermos.

No tenemos datos sobre la extensión de esos servicios, pero es evidente que en las ciudades donde existen no se produce el fenómeno ya señalado de haber, por un lado, médicos parados por falta de trabajo y, por otro, enfermos que carecen de asistencia médica.

La situación en el ambiente rural también se ha modificado: el pequeño volumen y escasa densidad de la población no permiten sostener las costosas instalaciones modernas de diagnóstico y tratamiento médicos; pero la creciente extensión de las vías de comunicación y las considerables facilidades del trasporte permiten, a los habitantes del campo, acudir más fácilmente a las ciudades próximas.

"El deseo y la necesidad de hacerse cuidar lo mejor posible se extiende más y más en la sociedad contemporánea a todos los grados de la escala social. Aun entre los campesinos, que pasaban por desdeñar la medicina mientras no estuvieran moribundos y que, se decía, recurrían mucho más gustosos al veterinario para su vaca que al médico para su mujer, la repugnancia a gastar el dinero en médico ha disminuído mucho".

"Desde que ha comprendido que, con un utilaje especial, el médico puede ver más claro en las enfermedades y sanarlas más rápida y seguramente, él duda mucho menos en hacer el sacrificio necesario para ir a buscar al especialista y para ello, gracias a las facilidades crecientes de las comunicaciones, emprende viajes largos". (Le Gendre).

Sin embargo el médico rural no desaparece, pues sus servicios son necesarios para casos de urgencia y para enfermedades benignas.

Las facilidades de comunicación y la posibilidad de contar con vehículos propios, permite al médico abarcar mayor zona de acción y produce "el entrecruzamiento de las clientelas", como dice Le Gendre.

También aquí la distribución de servicios médicos depende exclusivamente de factores económicos. Así tenemos, por ejemplo, en España, según Espinoza Ferrándiz que, en 44 provincias investigadas, en 2,500 núcleos de población no existe médico. Por otra parte las atenciones que prestan los médicos titulares a las clases pobres de la población "sólo se refieren a medicina general; se excluyen partos, enfermedades venéreas, cirugía, lesiones y, a veces, inclusive, inyecciones".

El problema económico que significa para las clases agrícolas de renta baja el pago de la asistencia médica, se resuelve también por el sistema colectivo. En España se adopta el sistema llamado de "las igualas" y que consiste en el pago de un tanto alzado al año por familia, pago que frecuentemente se hace en productos agrícolas.

La situación de la asistencia médica en los países latino-americanos, menos industrializados y caracterizados además por relativamente escasa población diseminada en extensos territorios, es algo diferente. Ni aun las capitales de las naciones, con contadas excepciones, disponen de hospitales dotados de instalaciones completas ni de sanatorios y otros centros de asistencia adecuados a las múltiples necesidades de hoy.

Esta falta es aún mayor tratándose de hospitales privados y ha dado por resultado que los enfermos, con relativa frecuencia, vayan a Rochester en busca de salud.

Veamos algunos ejemplos:

En Puerto Rico, según el informe preparado por funcionarios del servicio de Sanidad Pública de Estados Unidos, la proporción de personas por médico es de 4.000, pero no igualmente repartidas, pues hay zonas municipales en las que la proporción es de 9.000 y hay cinco con una población total de 55,000 que no cuentan con médicos residentes y 23 en que el médico municipal es el único facultativo.

Del total de camas hospitalarias disponibles, 5 % o sean 1,901 corresponden a hospitales municipales, casi todos los cuales necesitan reparaciones y sólo la mitad poseen las dotaciones necesarias para hacer cirugía mayor. El único hospital para dementes

está completamente lleno y en los hospitales y cárceles municipales se albergan actualmente unos 150 locos violentos y, por lo menos, un número igual se encuentran en sus hogares o en casas de salud.

El día que se verificó el censo se constató que el 47% de los enfermos que estaban en cama carecían de asistencia médica; 39 % eran asistidos por médicos municipales y 11 % por médicos particulares. El 3 % restante corresponde a casos puerperales que, en su mayor parte, eran atendidos por comadronas. La opinión local indica que, por lo menos, el 80 % de la población total no puede pagar médico.

En la Argentina había, en 1934, según Lazarte, en números redondos, 10,000 médicos para una población de 12'025,000, lo que corresponde aproximadamente a 1,200 habitantes por médico; pero al lado de plétora en las ciudades, hay pueblos que carecen de médico.

Lazarte cita 8 pueblos de Santiago del Estero con más de 1'000,000 de hectáreas que no tienen médico y dice: "la desocupación médica se debe a una mala organización de la profesión, yo diría a la desorganización". Dice, también: "una cosa es que no haya enfermos y otra, muy distinta, que éstos no puedan curarse".

Según este mismo autor el 40 % de toda la población argentina no puede pagar médico porque una simple consulta les representa dos días de trabajo en épocas que sólo trabajan 100 días al año. Un 30 % tiene capacidad económica muy limitada y sólo puede pagar sumas muy pequeñas. El 30 % restante es el que sirve de base económica al ejercicio libre de la medicina.

Por otra parte, los progresos hospitalarios considerables orientan, también aquí, cada vez más al enfermo hacia el hospital organizado y dotado de todas las instalaciones de diagnóstico y tratamiento y se fundan asociaciones mutualistas alrededor de esos hospitales. Así, según el autor citado, el Hospital Italiano de Santa Fe, ciudad de 130,000 habitantes, tiene más de 40,000 socios y atrae enfermos desde un radio de 100 Km. El Hospital Español de

Rosario hizo 180,000 atenciones de consulta en 1934 y el Hospital Español de Buenos Aires alcanza cifras mucho mayores.

Otro observador argentino, Bartolomé Bocio, nos dice, sobre este mismo asunto: "Existe en verdad exceso de profesionales? Eso si no se acompaña de una estadística demostrativa no resulta más que un modo de decir. Lo que existe es, ante todo, una mala distribución de los profesionales. Hay regiones donde abundan los médicos, pero aun existen otras donde escasean".

En Chile. El Dr. Jorge Alvavay, en un trabajo titulado "Horizontes económicos de la profesión médica", presenta unos cuadros muy interesantes de la distribución de médicos en el país. En ellos puede verse que la proporción de habitantes por médico varía de 732 en la provincia de Santiago, a 8,792 en la de Linares.

En 20 de las 24 provincias hay más de 3,000 habitantes por cada médico, mientras que de las cuatro capitales sólo Linares sobrepasa, ligeramente, de los 3,000 y en 4 hay algo más de 2,000, lo que revela claramente que en cada provincia son sólo las ciudades las que cuentan con número apreciable de médicos.

Otro hecho, que ya hemos señalado, hace resaltar también el autor que comentamos: la creciente funcionarización del médico en Chile, y nos dice: "Desde 1926 para adelante, nacen en nuestro país una serie de organismos de previsión y éstos, por lo demás, respondiendo a imperativos económicos sociales alcanzan tal auge, que al presente su número se eleva a 41".

"Todos ellos trabajan con 1820 plazas de médicos".

La situación en el Perú.—El ejercicio de la medicina en el Perú ofrece características análogas a las que acabamos de citar.

Varios observadores las han señalado: el Profesor Avendaño en la Semana Médica, celebrada en Lima en 1926, hizo resaltar especialmente la plétora del estudiantado de medicina y la desigual distribución de médicos en el país.

El Dr. Ego-Aguirre, en 1932, comenta la restricción progresiva del ejercicio privado de nuestra profesión como consecuencia de factores económicos. Además del aumento de personas que solicitan asistencia médica gratuita, la creación de servicios de paga con modestas tarifas, "que el público paga gustoso" en dispen-

sarios y hospitales tiene como lógica consecuencia la disminución progresiva de la clientela del médico libre.

Ultimamente, en mayo del presente año, "Actualidad Médica Peruana" se ocupa de la desproporción de médicos y necesidades asistenciales del Perú. Se refiere sobre todo a la falta de médicos en las provincias y a la acumulación de ellos en las ciudades.

Es el estudio presentado por el Prof. Paz Soldán a la Academia de Medicina, en agosto de 1932, el más completo que conocemos a este respecto.

Pero aun este estudio enfoca solamente el aspecto global de la proporción de médicos en relación con el número de habitantes del país, comparativamente con las de las naciones de Europa y América. Demuestra la escasísima densidad médica del Perú que, aquel año, llegaba sólo a un médico por 8,000 habitantes.

Al referirse a la situación económica de la profesión médica hace resaltar la importancia progresiva del funcionarismo: para un total de 888 médicos hay 750 plazas disponibles para médicos en la Sanidad Civil, Militar, Naval y de Policía, Sociedades de Beneficencia y Facultad de Medicina, sin que esto quiera decir que haya 750 médicos percibiendo haberes de algunas de esas instituciones, pues dada la exigüidad de los sueldos, se produce la acumulación de cargos.

El Departamento Médico del Seguro Social, en sus estudios preliminares sobre las necesidades asistenciales de las provincias comprendidas en la inmediata aplicación de la ley, ha obtenido los siguientes datos:

Provincia de Piura.—En la ciudad de Piura, con una población aproximada de 15,000 habitantes, hay 13 médicos, algunos con cierta tendencia a la especialización. Hay también un hospital de 114 camas para enfermos gratuitos y 18 para pagantes. Carece de Rayos X y Laboratorio.

En la ciudad de Catacaos, capital del distrito, con una población aproximadamente igual a la de Piura, hay dos médicos y una enfermería inadecuada de 30 camas.

En los ocho distritos restantes, con una población total aproximada de 54,000 habitantes, no hay ningún médico.

Provincia de Paita.—En el puerto de Paita, capital de la provincia, con una población aproximada de 7,000 habitantes, ejercen dos médicos, ambos funcionarios de Sanidad. Actualmente se está construyendo un hospital.

En la villa de Pueblo Nuevo, capital de distrito y con una población calculada en 1,500 habitantes (3,000 en todo el distrito) hay también un médico.

En la zona petrolera de esta provincia hay dos negociaciones importantes que tienen servicios médicos: la International Petroleum Company, con una población total aproximada de 21,000 habitantes, tiene dos hospitales: uno en Talara de 130 camas, laboratorio y rayos X: el otro en Negritos, con 80 camas, laboratorio y gabinete de radioscopías.

La atención médica de los dos hospitales y de toda la zona está a cargo de siete médicos dedicados a: medicina general, cirugía, oto-rino-laringología, oftalmología, radiología, laboratorio y dermatología.

La Standard Oil, con centro principal en Lobitos y una población aproximada de 10,000 habitantes en la región, tiene dos médicos y un hospital con 50 camas, laboratorio y rayos X.

En Talara además de los dos médicos de la Negociación petrolera, hay dos médicos funcionarios de sanidad.

En la zona agrícola sólo hay médico en la Hacienda San Jacinto, con una población aproximada de 2,500 familias.

Todas las demás haciendas y capitales de distrito carecen de médico.

Provincia de Sullana.—En la ciudad de Sullana, con una población aproximada de 20,000 habitantes, hay 3 médicos, uno dedicado a la medicina general, otro a cirugía y el otro a partos. Existe también una clínica privada de 16 camas e instalación de rayos X.

El resto de la provincia, con 20,000 habitantes, no cuenta con ningún médico.

Provincia de Lambayeque.—En esta provincia hay las siguientes facilidades de asistencia médica: Ciudad de Lambayeque, con 6,000 habitantes, (12,000 en todo el distrito) 4 médicos con cierta tendencia a la especialización y un hospital de 96 camas, sin laboratorio ni rayos X.

Ferreñafe, con 7,000 habitantes, (12,000 en todo el distrito) dos médicos.

Motupe, con 5,000 habitantes, (10,000 en todo el distrito) 1 médico.

El resto de la provincia, 10 distritos con aproximadamente 33,000 habitantes, ningún médico.

Provincia de Chiclayo.—En la ciudad de Chiclayo, de 28,000 habitantes, actúan 22 médicos, de los que se dedican 12 a medicina general, 3 a cirugía, 2 a tocología, 2 a pediatría, 2 a radiología y 1 a oto-rino-laringología. Algunos de éstos residen en los Puertos de Pimentel o Eten y actúan en las dos localidades: la de su residencia y Chiclayo.

Hay un Hospital de 220 camas que cuenta con un laboratorio deficiente y carece de una instalación de rayos X.

Las siguientes negociaciones agrícolas importantes cuentan con médico residente: Pomalca, con una población aproximada de 3.500 familias. Tumán, con 7.000 habitantes; Pátapo y anexos con 5.700 y Cayaltí con 4,800.

En las 9 capitales de distrito restantes y los demás centros de trabajo no hay médicos.

Provincia de Cajamarca.—En la ciudad de Cajamarca, que cuenta con 19,000 habitantes, aproximadamente, hay 4 médicos y 1 hospital de 130 camas, sin laboratorio ni rayos X.

En los 13 distritos restantes, con una población total de 35,000 habitantes, no hay médico.

Provincia de Trujillo.—En la ciudad de Trujillo, de 30,000 habitantes, ejercen la profesión 15 médicos, de los cuales uno es laboratorista; los otros, además de medicina general, hacen alguna especialidad: cirugía, pediatría oto-rino-laringología, radiología. Hay un hospital de 225 camas, laboratorio y rayos X.

De las 12 capitales de distrito sólo cuentan con un médico: Salaverry, Ascope y Chocope. Puerto Chicama recibe la visita semanal de un médico.

Hay también médico residente y hospital rural en cada una de las siguientes haciendas: Laredo, Cartavio, Chiclín, Casa Grande, Roma y Sausal.

Provincia de Pacasmayo.—Hay médico en las siguientes poblaciones: San Pedro, de 5.000 habitantes, (7,000 en todo el distrito) 2 médicos.

Puerto de Pacasmayo, de 6,000 habitantes, 4 médicos.

Chepén, de 9,000 habitantes (14,000 en todo el distrito) 3 médicos.

Guadalupe, de 2,500 habitantes (6.500 en todo el distrito) un médico y hospital de 68 camas, sin laboratorio ni rayos X.

Los tres distritos restantes, con una población aproximada de 4,500 habitantes, carecen de médico.

Provincia de Otuzco.—En la villa de Otuzco, capital de la provincia, existe sólo un médico: el titular. En cada uno de los asientos mineros de Samme y Milluachaqui hay también un médico y una enfermería de 9 camas, equipada con laboratorio y rayos, en el primero, y de 4 camas, en conexión con la anterior, en el segundo.

El resto de la provincia, en zona extensa y desprovista de buenas vías de comunicación, carece de asistencia médica.

Provincia de Huarás.—En la ciudad de Huarás ejercen la profesión 6 médicos. Hay un hospital de 73 camas, sin laboratorio ni rayos X.

El resto de la provincia carece de servicios médicos.

Provincia de Santiago de Chuco.—En la capital de la provincia hay una enfermería de 12 camas atendida por un médico. El resto de la provincia, con condiciones muy semejantes a las de Otuzco, carece de asistencia médica.

Provincia de Santa.—En esta provincia sólo hay médicos en la ciudad de Casma, capital de la misma, donde ejercen la profesión 3 médicos. Tiene también un hospital rural de 20 camas, carente de instalaciones modernas.

En el Puerto de Chimbote residen dos médicos.

En los 8 distritos restantes, es decir, en la mayor extensión de la provincia, se carece de asistencia médica.

Provincia de Chancay.—En la ciudad de Huacho, de aproximadamente 15,000 habitantes, actúan 11 médicos, de los cuales 1 es bacteriólogo. Es de advertir, que dadas las facilidades de comunicación, la zona de acción de estos médicos se extiende a toda la campiña de los valles de Huacho y Huaura. Hay un hospital de 58 camas, sin laboratorio ni rayos X.

En Barranca, con una población aproximada de 6,000 habitantes, actúan 6 médicos. En Sayán, 2 médicos; en Huaral, de 13,000 habitantes, 4 médicos y 1 en cada una de las haciendas Paramonga, San Nicolás y Humaya.

En los 11 distritos restantes no hay médicos residentes; pero dadas las facilidades de comunicación, puede decirse que toda la provincia cuenta con asistencia médica.

Provincia de Huarochirí.—De 32,000 habitantes; actúan 3 médicos: dos residentes en la Capital, villa de Matucana, de 2,600 habitantes y 1 en el asiento minero de Casapalca.

Provincia de Yauli.—De 30,000 habitantes; actúan 7 médicos: 6 en la ciudad de La Oroya, de los cuales 4 en el Hospital Americano de Chulec (de la Cerro de Pasco Copper Corporation). Estos son: 1 médico, 1 cirujano, 1 radiólogo y 1 laboratorista. En el asiento minero de Morococha reside el otro médico.

El Hospital de Chulec tiene capacidad para 50 camas, laboratorio y rayos X.

Provincia de Pasco.—De 66,000 habitantes; 11 médicos, de los cuales 7 actúan en la ciudad y campamentos mineros de Cerro de Pasco y 1 en cada uno de los campamentos de Colquijirca, Huachón, Jumascha y Huarón.

En Cerro de Pasco hay un hospital de 80 camas, sin rayos X ni laboratorio. Además, existen pequeños hospitales de emergencia para obreros: 1 de 8 camas en Cerro de Pasco y los otros en los centros mineros citados.

Provincia de Jauja.—De aproximadamente 100,000 habitantes y 24 distritos, no cuenta con servicios médicos sino en la ciudad

de Jauja de 7,000 habitantes (18,200 en todo el distrito), donde actúan 5 médicos y existe un hospital de 60 camas, con laboratorio y rayos X.

Provincia de Huancayo.—De 98,000 habitantes y 15 distritos, no cuenta con médicos sino en la ciudad de Huancayo, de 15,000 habitantes (25,000 en todo el distrito) donde ejercen la profesión 12 médicos. Hay un hospital de 100 camas sin laboratorio ni rayos X.

En el valle de Cañete actúan 7 médicos, los cuales residen: en San Vicente 2; en Imperial 1; en San Luis 1; en la Hacienda Unanue 2 y en la Hacienda Santa Bárbara 1, pero puede decirse que la zona de acción de cada uno de ellos se extiende por todo el valle. En San Vicente hay un hospital de 76 camas, dispone de un laboratorio clínico, pero no de rayos X.

En el distrito de Lunahuaná hay dos médicos y en Mala 1.

Provincia de Chincha.—Cuenta aproximadamente con 34,000 habitantes y 6 médicos: todos residentes en Chincha Alta, ciudad de 7,000 habitantes.

Hay un hospital de 100 camas, con laboratorio clínico, pero sin rayos X.

Provincia de Pisco.—En esta provincia, cuya población se puede calcular en 18 a 20,000 habitantes, actúan 9 médicos, residentes todos ellos en la capital, pero con zona de acción en todo el valle. Hay un hospital de 167 camas, dotado de instalaciones de laboratorio y rayos X.

Provincia de Ica.—En esta provincia cuentan con médicos residentes las siguientes localidades: ciudad de Ica, donde actúan 15 médicos, algunos con cierta tendencia a la especialización (laboratorio, tisiología, cirugía, pediatría, ginecología y partos). La ciudad cuenta con dos hospitales, 1 para hombres, con 120 camas, y otro para mujeres, con 145 camas.

Nazca, 5 médicos. Hospital de 22 camas.

Minas de Sol de Oro, 1 médico y pequeña enfermería.

Palpa, 1 médico. Hospital de 20 camas.

Minas de Saramarca, 1 médico y pequeña enfermería.

Provincia de Islay.—En el Puerto de Mollendo, capital de la provincia, actúan 4 médicos y hay un hospital de 121 camas sin laboratorio ni rayos X.

En el valle de Tambo hay un médico sanitario residente en la Hacienda Chucarapi.

Provincia de Arequipa.—Con una población aproximada de 90,000 habitantes, cuenta con 50 médicos, residentes todos en la ciudad de Arequipa y dedicados a diferentes especialidades. El Hospital tiene 570 camas e instalaciones de rayos X y laboratorio.

Provincia de Puno.—En esta provincia sólo hay 4 médicos, residentes todos en la ciudad de Puno, donde el Hospital cuenta con 250 camas, sin instalaciones de rayos X ni laboratorio.

Provincia del Cuzco.—De aproximadamente 40,000 habitantes, cuenta con 15 médicos, todos residentes en la ciudad del Cuzco, con alguna tendencia a especializarse. El hospital, de 200 camas, cuenta con laboratorio clínico y un equipo de rayos X, aún no instalado.

Las demás provincias, algunas de la costa, la mayor parte de las de la sierra y todas las de la región selvática, no ofrecen todavía condiciones de trabajo que permitan implantar el Seguro Social.

En ellas la situación asistencial es mucho más grave: existen grandes extensiones de terreno y numerosa población que carece de todo servicio médico; y lo peor es que ni siquiera disponen de fáciles vías de comunicación que permitan recurrir a ciudades próximas. El curanderismo impera.

En Lima y Callao la situación es muy diferente. Según los dos últimos censos: de 1921 y 1931, tenemos los siguientes datos:

Provincia	Población		Médicos		Proporción de habitantes por médico	
	1921	1931	1921	1931	1921	1931
Callao . .	52,843	70,881	22	44	2,402	1,610
Lima . .	228,740	380.708	262	491	873	775

Pero aun en la provincia de Lima la distribución de médicos indica una mayor concentración en la ciudad, donde para una población de 278,475 habitantes hay 404 médicos, o sea 690 habitantes por médico. En cambio los distritos, esencialmente rurales, de Ate, con 7,137 habitantes; Carabayllo, con 10,052; Lurín con 2,642; Pachacámac con 3,049 y Puente de Piedra, con 1946 habitantes, no tienen ningún médico residente.

Aspectos deontológicos del actual ejercicio de la profesión médica.

Siguiendo a Durkheim y su escuela debemos considerar la deontología médica, es decir la moral profesional médica, como el conjunto de reglas de conducta sancionadas, aplicables al ejercicio de la medicina y destinadas a regular las relaciones de los médicos entre sí, con los demás miembros de la sociedad y con la sociedad misma.

Pero no basta que señalemos la existencia de esas reglas y los fines útiles que llenan sino que, de acuerdo con el moralista citado, debemos ver cómo se aplican en la práctica.

Las reglas de conducta que regulan la práctica de la medicina, como en general la de toda práctica profesional, se presentan bajo dos aspectos diferentes: El primero se refiere a las normas establecidas en las legislaciones nacionales: "leyes y reglamentos sobre el ejercicio de la medicina". El segundo es la suma de reglas de comportamiento, escritas o no, elaboradas por el mismo grupo profesional; en este caso, por el gremio o cuerpo médico. El conjunto de ellas constituye el "Código de Moral Médica".

La Asociación Profesional Internacional de Médicos, con sede en París, ha verificado en 1935 dos interesantes encuestas sobre este asunto. La primera, "Encuesta A. F." se refiere a los derechos y deberes de los médicos según las legislaciones de los diversos países.

Se ha obtenido respuesta sólo de 17 países europeos: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, España, Estonia, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Holanda, Hungría, Luxemburgo, Noruega, Suecia, Suiza y Yugoeslavia.

Los aspectos que principalmente nos interesan en esas encuestas son los siguientes:

Relaciones individuales de los médicos con los clientes:

1).—**Libre elección del médico por el enfermo.**—En derecho común, fuera de los casos de seguro o de colectividades responsables, el enfermo goza del derecho de elegir libremente a su médico. En la práctica, los indigentes, que reciben atención gratuita, no gozan de la libre elección, por lo menos en Gran Bretaña y Hungría, que son los únicos países que han hecho referencia a este punto.

Hay también excepción en ciertas circunstancias: tal sucede en Alemania con el tratamiento obligatorio de los enfermos venéreos, cuando éstos no se someten a la curación de su propio médico y con los casos de esterilización obligatoria para evitar la transmisión de enfermedades hereditarias, que sólo puede hacerse en determinados hospitales.

En Dinamarca sucede algo semejante con los enfermos venéreos y contagiosos que sean rebeldes a la prescripción de aislamiento o descuiden el tratamiento.

2).—**Honorarios Médicos.**—A este respecto llama la atención, especialmente, la existencia de tarifas fijadas con carácter obligatorio por el Estado en Bulgaria, aun para los servicios que presta el médico a su cliente libre. Es también digna de anotarse la existencia de tarifas señaladas, en la misma forma, para los casos en que no hay convenio previo y no se produce el entendimiento entre médico y cliente. El objeto de ellas parece ser el limitar las ambiciones de los médicos.

Por el contrario, hay tarifas fijadas como mínimas por los organismos profesionales en: Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Hungría, Noruega y Suiza y que parecen significar una defensa contra la depreciación del trabajo médico.

3).—**Secreto profesional.**—El secreto profesional absoluto no existe en ninguna parte, puesto que desaparece ante la declaración obligatoria de las enfermedades contagiosas. Salvo esta circunstancia, puede decirse que el secreto debe respetarse completamente en Bélgica, Estonia, Francia, Holanda, Suecia y algunos canto-

nes de Suiza; pero aun en estos países, y en determinadas circunstancias, el médico queda desligado de él ante la justicia, sea en interés de su enfermo, sea autorizado por él.

En los otros países el secreto profesional puede ser divulgado ante el Estado y aun ante "terceras personas", "cuando hay intereses superiores".

4).—**Obligación de prestar servicios profesionales.**—La obligación legal del médico de atender a todo llamado existe sólo en Bulgaria, Estonia, Grecia y parte de Suiza. Esta obligación se reduce a prestar los primeros cuidados en Austria, Dinamarca, Holanda, Hungría, Noruega y parte de Suiza.

En el resto de los países la obligación es sólo moral.

5).—**Responsabilidad profesional.**—En todos los países que han contestado a la encuesta existe el derecho del enfermo a reclamar daños y perjuicios al médico por tratamiento defectuoso, curación incompleta, error de diagnóstico, etc.

Los procesos de esta naturaleza son raros en Alemania, Austria, España, Estonia, Holanda, Luxemburgo y Noruega. Relativamente frecuentes en los otros países.

Relaciones de los médicos con las colectividades privadas.—En lo que respecta a las relaciones de los médicos con las colectividades privadas, la encuetsa se refiere principalmente a los siguientes puntos:

1).—**Contrato de trabajo e independencia en el ejercicio profesional.**—El médico puede contratar su trabajo con las colectividades privadas, conservando completa libertad en el ejercicio de su profesión en España, Francia, Grecia, Holanda, Gran Bretaña, Luxemburgo, Suecia y Yugoeslavia. El grado de independencia que conserve depende de las cláusulas del contrato en los demás países.

2).—**Contratos colectivos de atención médica por agrupaciones profesionales con colectividades privadas.**—Esta clase de contratos se ha observado en casi todos los países, con excepción de España, Grecia y Suiza. Hay, inclusive, una legislación especial al respecto en varios de ellos.

Además, son dignos de anotarse los siguientes hechos: el propósito del Sindicato de Médicos de Alemania de no firmar contratos de esa índole con las Cajas de Seguro de Enfermedad para la clase media ((Mittelstandskrankenkassen); la respuesta de Bélgica, que dice: "Ante las exigencias de la colectividad y sus tendencias, nuestras agrupaciones se esfuerzan por firmar contratos que establezcan el servicio médico con libre elección; honorarios por acto médico, repudiando el pago por haberes o a prorrata como incompatibles con la dignidad del médico".

3).—**Libertad individual del médico, miembro de una agrupación que ha firmado un contrato de servicios profesionales.**—En todos los países el médico, individualmente, conserva su libertad para adherirse o no al contrato colectivo. En Bélgica y Francia, inclusive habiéndose adherido a él, queda en libertad de rehusar sus servicios a tal o cual enfermo comprendido en el contrato.

4).—**Control y sanciones de actos médicos.**—En algunos de los países en que se establecen contratos colectivos, se prevén también el control y sanciones de los médicos para el caso de abusos en el ejercicio de la profesión. Este control es establecido, en unos países, por la entidad contratante y en otros por la agrupación médica misma.

Relaciones de los médicos con las colectividades públicas y el Estado.—A este respecto la encuesta toca los siguientes importantes puntos:

1).—**Prestación de servicios a organismos del Estado-Funcionarización.**—En todos los países los médicos pueden, individualmente, contratarse para prestar servicios a diversos organismos del Estado (asistencia a indigentes, Seguro Social, etc.). Puede hacerlo sea parcialmente, es decir dando parte de su tiempo y conservando el derecho al ejercicio de la profesión; sea ocupado todo el día; en este caso es considerado como un funcionario y no puede ejercer la medicina en clientela, por lo menos si sus funciones son muy absorbentes y si está suficientemente remunerado.

Hay que anotar que en Bélgica y Francia las agrupaciones médicas insisten en el mantenimiento, hasta donde sea posible, de la libre elección del médico por el enfermo.

2).—**Intervención de las agrupaciones profesionales médicas en la reglamentación de esos servicios.**—Esta intervención es más o menos efectiva, en lo que respecta al modo de trabajo, tarifas aplicables, nominación de los médicos, control y represión de los abusos en algunos países, como Austria, Alemania y Francia. No tienen intervención ninguna en otros como España y Suecia. La tienen sólo parcial, en tal o cual de los aspectos indicados, en los demás países.

3).—**Reclutamiento, atribuciones y obligaciones de los médicos de circunscripciones territoriales o administrativas.**—En todos los países hay circunscripciones de orden médico. En algunos sus atribuciones son sólo de orden higiénico, de defensa de la salud pública, sin que el médico esté encargado de prestar servicios particulares a los enfermos. En los otros, por el contrario, tienen además esa obligación.

La designación de esos médicos se hace generalmente por el Estado o por las autoridades regionales. En algunos, como en Francia, "lo más a menudo por concurso".

4).—**Servicios médicos obligados por el Estado.**—En los casos de siniestro público el Estado puede obligar a los médicos como, por lo demás, a cualquier ciudadano, a prestar sus servicios. En algunos países (Austria, España, Estonia, Hungría y Yugoeslavia) esta facultad del Estado se extiende a casos más frecuentes: atenciones de urgencia, nocturnas, dominicales, etc.

La prestación obligatoria de servicios médicos legales está establecida por ley o reglamentos en todos los países y la designación de expertos por los tribunales o por agrupaciones profesionales (Bulgaria, Dinamarca) se hace generalmente entre los reconocidos por su competencia especial, por lo menos para las ciudades.

Relaciones de los médicos con sus colegas y con las profesiones conexas.—Las preguntas de la encuesta referentes a relaciones de los médicos entre sí y con las profesiones conexas han tocado los siguientes puntos concretos:

Importancia de la deontología.—En todos los países se considera que la deontología es esencial para el cuerpo médico y se da la

mayor importancia a la existencia de normas de conducta, sean escritas en un código, sean simplemente basadas en las costumbres.

Código de moral médica.—En la mayor parte de los países existe un verdadero código deontológico escrito o, por lo menos, una recopilación de preceptos que hace oficio de código (Gran Bretaña) o reglas escritas, establecidas por agrupaciones regionales. (Austria, Bélgica, Suiza).

Organismo disciplinario y sanciones.—En todos los países existe un organismo médico disciplinario. Está establecido simplemente por las agrupaciones profesionales en algunos países y por el Estado, con fuerza legal en otros.

Las sanciones que imponen estos organismos sólo tienen fuerza moral cuando no intervienen los Tribunales ordinarios. En determinados países los citados tribunales tienen participación en la aplicación de las sanciones y les dan fuerza legal.

Orden de médicos.—En la mayor parte de los países existe una "orden de médicos", o su equivalente, impuesta por ley con carácter obligatorio. Todos los que la tienen consideran los resultados prácticos favorables y algunos, como Alemania, muy eficaces.

Relaciones de los médicos con sus auxiliares, enfermeras, obstetrices, etc.—En algunos países estas relaciones están determinadas por leyes y reglamentos. Las connivencias de médicos y para-médicos, para el ejercicio irregular de la medicina se ha observado en varios de ellos.

Ejercicio por el médico de otra profesión u oficio.—En la mayor parte de los países es permitido a los médicos ejercer la medicina y la farmacia juntas, sin restricciones, si tienen el título legal para ello. En otros, la ley prohibe el ejercicio simultáneo de ambas profesiones, autorizando al médico sólo a proporcionar remedios a sus enfermos en lugares donde no existen farmacias.

En cuanto al ejercicio de la medicina con otras profesiones u oficios no es prohibido por ley, salvo en Bulgaria y Yugoeslavia; pero en la mayor parte de los países no es aceptado por el cuerpo médico.

Derechos y deberes de los médicos según los grupos profesionales.—El segundo aspecto de la deontología médica, a que hemos hecho referencia, o sea el conjunto de reglas de conducta elaboradas

por las propias agrupaciones médicas, ha sido parcialmente contestado en la última parte de la encuesta, en la forma siguiente:

En casi todos los países, a excepción de Luxemburgo y de Suecia, las agrupaciones profesionales han tratado, más o menos frecuentemente, de la cuestión de los derechos y deberes de los médicos, sea en forma global, sea sobre aspectos determinados, a medida que se han ido presentando, como en Gran Bretaña.

También se ha hecho frecuentes gestiones para incorporar los principios sostenidos por esas agrupaciones en sus respectivas legislaciones nacionales.

En términos generales, puede decirse que los médicos de todos los países reivindican el derecho, y las obligaciones consiguientes, de tener intervención más efectiva y mayor control sobre las leyes y actividades de orden médico social.

En las respuestas de la mayor parte de los países a la segunda encuesta, que se refiere más directamente a los aspectos que interesan a la práctica del Seguro Social y que analizaremos oportunamente, se menciona la existencia de reglas, codificadas o no, de deontología médica, sostenidas por las agrupaciones profesionales.

Los objetos principalmente contemplados son los siguientes:

Mantenimiento de la confraternidad, honor y dignidad profesionales y comunidad de intereses de todos los médicos; respeto de la clientela de los colegas; evitar la concurrencia desleal; evitar la explotación del enfermo, pero también defensa de la explotación del médico por el cliente; prohibición de la dicotomía; conservación del secreto profesional; prohibición de connivencias con paramédicos para el ejercicio irregular de la medicina; del aviso reclamista; del abuso del término de especialista; obligación de mantener los conocimientos según los progresos de la ciencia, etc.

Se ve claramente que, con excepción de la obligación relativa al mantenimiento de los conocimientos científicos y el secreto profesional, todos los demás preceptos se refieren al aspecto económico del ejercicio de la profesión y tratan de limitar la explotación del enfermo o del médico y las formas irregulares de captación del cliente.

En los Estados Unidos de Norte América el auge de los hospitales, abiertos a todos los médicos, y la tendencia, cada vez más acentuada, de estos profesionales a actuar en el hospital con su clientela propia, ha creado la necesidad de establecer, además del Código de Moral Médica, que ha sido formulado por la Asociación Médica Americana, un Código de Etica Hospitalaria.

Según ese código, el objetivo primario y fundamental del Hospital es prestar asistencia eficiente al enfermo. Las otras finalidades: enseñanza a médicos y enfermeras, investigaciones científicas y progreso de la medicina, rendimiento económico, deben considerarse como secundarias.

Los principios éticos que gobiernan el hospital y todo su personal, son los mismos que dirigen la conducta del médico individual: la paciencia, delicadeza y respeto por las confidencias del enfermo deben ser las características de los actos de todos los que tratan con él; el hospital debe utilizar únicamente un personal de reconocida moralidad.

En los países latino-americanos las agrupaciones médicas han sentido también la necesidad de elaborar códigos deontológicos, aunque posiblemente después que los países europeos. Efectivamente, el profesor Eduardo Bello, en su nota necrológica sobre el profesor venezolano Razzetti, comenta elogiosamente el Código de Moral Médica hecho por él y dice: "Hasta entonces los médicos hispano-americanos, en los conflictos y dificultades de orden deontológico se guiaban sólo de normas tradicionales no escritas o de criterios personales variables, teniendo que consultar códigos europeos hechos para medios diferentes e inadaptables a los nuestros".

El Código Razzetti fué aprobado por la Academia de Medicina de Caracas y su adopción por los países latino-americanos fué recomendada por el VI Congreso Médico Latino-Americano, reunido en La Habana en 1922, a propuesta del delegado venezolano Dr. Emilio Ochoa.

En el Perú surge el primer intento formal de establecer un código de moral médica, con la fundación del Círculo Médico Peruano, a iniciativa e impulsos del Dr. Ricardo Palma, el año 1922.

La primera sociedad médica, nacida en el Perú republicano el año 1856, había ya contemplado, como uno de sus fines, "el mejoramiento de la práctica y la observancia de los preceptos que constituyen la moral en el ejercicio de la profesión". Pero no se pensó, porque entonces no era necesario, en formular un código escrito de deontología médica.

La comisión, encargada por el Círculo Médico Peruano de formular el código deontológico que regulara la marcha de la institución y la conducta de los asociados, estuvo compuesta de los Drs. Miguel Morante, Hermilio Valdizán, José M. Ramos Ocampo y Ricardo Palma. Presentó una fórmula de compromiso que deberían firmar todos los socios del Círculo y propuso la adopción del Código Deontológico aprobado por el Congreso Médico de Colombia en 1919 y que, según el Profesor Paz Soldán, fué el mismo de Razzetti.

La adhesión del Perú al Congreso Médico Latino-Americano de La Habana significó la adopción tácita del código recomendado.

La observación desapasionada y cuidadosa de este código permite anotar que se ocupa, principalmente, de regular los aspectos económicos de la profesión: prescribe moderación en el aviso profesional, condena el charlatanismo, la dicotomía, la captación desleal del cliente y da reglas para el cobro de honorarios en las diferentes circunstancias. En lo que respecta a los deberes del médico para con los enfermos se limita a establecer cuándo el médico está obligado a prestar sus servicios profesionales y cuándo a negarlos, a prescribir consideración y finura en el trato con el enfermo, respeto por sus ideas religiosas, conservación del secreto profesional y respeto de la dignidad de la mujer casada y del fruto de la concepción. Esto nos indica ya la importancia del factor económico en la moralidad profesional.

La aplicación en la práctica de las normas deontológicas.—Iniciado en un alto rango social, como Sacerdote y Taumaturgo, intermediario entre las fuerzas divinas productoras de la enfermedad y la muerte y el resto de los seres humanos, el médico ha pasado por numerosas vicisitudes, inclusive como siervo y esclavo al servicio de un amo.

Después de los numerosos descubrimientos de los siglos XVII y XVIII había alcanzado, a fines de esa última centuria, una brillante posición que se traducía por los trajes que llevaba, por la espada que le era permitido ceñir, por la urbanidad en el trato y por los modales extraordinariamente afectados que se creía obligado a usar.

Era entonces, médico de familia en todo el sentido de la palabra: generalmente percibía honorarios anuales por sus servicios continuados y no tenía que temer la competencia de los compañeros, ni necesitaba convertir su carrera en un comercio. Disfrutaba de ventajas culturales y sociales muy por encima del término medio de las gentes que lo rodeaban.

En las populosas ciudades de Europa, desde el siglo XIX, se le ve ya, según Garrison, "cada vez más hombre de negocios y no demasiado influenciado por aquellas obligaciones sociales y éticas que han constituído positivamente las características de los médicos del siglo XVIII". Aun los profesores universitarios e investigadores, según Flexner, "se dejan influenciar por la tentación, tal vez por la necesidad, de aumentar sus rentas".

Todos los que se ocupan de estas cuestiones están acordes en afirmar el carácter esencialmente comercial que va adquiriendo la medicina.

La literatura ha señalado en cada época,—ensañándose a veces duramente,—los rasgos fundamentales de la práctica de la medicina. Así, a las burlas de Molière y Lasaje sobre el formalismo pedantesco y la ineptitud de los médicos del siglo XVIII han sustituído las invectivas de Bernard Shaw sobre el industrialismo de la medicina actual.

Pero no son sólo los observadores extramédicos los que insisten en este aspecto de la práctica de la medicina de nuestro tiempo.

Le Gendre en "La vie du médecin", dice: "Esta penosa situación ha tenido por consecuencia una aceleración del movimiento que ya se esbozaba desde hacía cierto tiempo en una parte del cuerpo médico, tendente a considerar el ejercicio profesional como un comercio, renunciando a las ventajas morales inherentes a una profesión liberal, para beneficiarse con el provecho pecuniario que go-

zan los comerciantes e industriales. Algunos han sostenido francamente la teoría de la comercialización, declarándose listos a prescindir de la consideración pública y adoptar todos los procedimientos comerciales: concurrencia por la rebaja, discusiones y variaciones del precio según las oscilaciones de la demanda, libertad en el ejercicio de la medicina, mercantilismo, utilización de todos los procedimientos de publicidad. Otros, más numerosos, han tratado de conciliar el interés material y la tradición de nuestra profesión liberal, conservando las apariencias de desinterés, pero obteniendo provecho secretamente de los porcentajes ofrecidos por los comerciantes de productos farmacéuticos y otros objetos necesarios a los enfermos, prescritos por los médicos".

Dice, también: "Es necesario reconocer que las condiciones económicas tan terribles que atravesamos han contribuído a hacer desviar el espíritu altruísta de los médicos hacia una preocupación exclusiva de sus intereses materiales, en medio de una sociedad cada vez más materialista".

Otro observador francés: René Dumesnil, dice: "Otra consecuencia de este estado de cosas es la aspereza de la concurrencia de los médicos en la sociedad actual. Si los médicos no osan todavía, hasta el presente, usar la publicidad impúdica, por lo menos aquellos que se cuidan aún de la estima de sus colegas, para tratar de salvar la cara, sin dejar de servirse de los medios modernos de conseguirlos; si no se ve disponer sobre los balcones de su departamento grandes emblemas de tela cubiertos de frases de giro proverbial que hacen la fortuna de los mercaderes, no por ello se abstienen de hacer saber urbi et orbi, y por todas las vías ordinarias, que ellos aportan a la humanidad doliente lo que puede curarla."

"De la publicidad por afiches a la comunicación inútil y disfrazada leída en un congreso y reproducida, pagando la inserción, en los diarios, hay toda una gama de procedimientos".

Tandler, en una comunicación a la Sociedad de las Naciones, dice: "El decaimiento moral de la profesión médica es tanto más rápido cuanto las necesidades en dinero del médico son más grandes. Hay contradicción entre un ideal científico y humanitario y las condiciones de vida que echan la medicina en el comercio".

En las tres ponencias presentadas al Primer Congreso Español pró-médico, celebrado en Zaragoza en setiembre de 1935, referentes a moral médica, se ha descrito esta misma situación en España.

Vale la pena trascribir algunos párrafos de la ponencia de Enrique Noguera: "Y es en la práctica diaria del ejercicio, en el medio urbano y en el medio rural y a través de la cátedra y la Academia, y en el servicio oficial y en la clientela libre donde se produce la falta deontológica clara, terminante, bien definida o la manifestación de charlatanismo moderno envuelto cuidadosamente en apariencias científicas y de corrección profesional".

Luego, al referirse a la lamentable situación de los médicos titulares; dice: "sin que tras su legendaria lucha hallen quién los libre del martirio de su ejercicio en el medio inhóspito donde es ya difícil determinar de cuál fuerza han de defenderse antes: si del "compañero" libre, a quien la Facultad dió un título para que viviera y que llega al pueblo a devorar al colega que allí medio vivía, o del cacique palurdo que lo pisotea o lo condena a morirse de hambre o emigrar si no se somete a sus indignas exigencias o, en fin, del cacique y médico en una pieza (o con hijo médico a quien imponer en el pueblo) que no se detiene para producir la vacante, ni en el asesinato del titular que estorba".

En los Estados Unidos de Norte América, donde hemos visto la especialización médica perfeccionarse y adoptarse el trabajo en equipo y donde florecen numerosos hospitales, la competencia comercial se traslada del individuo al hospital y se hace preciso establecer un código de moral hospitalaria que regule esa competencia y la enmarque dentro de normas éticas.

En los países latino-americanos, en que la proporción de médicos en relación a la población es escasa, pero en los que la capacidad económica de los grupos sociales es pequeña, se van presentando paulatinamente todas las formas de competencia comercial, al margen de las normas deontológicas escritas y reconocidas. Esto se observa primero en las capitales, después en las ciudades importantes y por último en los pequeños núcleos semi-urbanos, a medida que, no obstante la tendencia natural del médico a establecerse en el gran centro urbano es lanzado, por la necesidad de vivir, a esos me-

dios, cuya capacidad económica de mantener al médico que ejerce libremente es más o menos rápidamente colmada.

Estos dos hechos: penuria de médicos, que deja a numerosísima población desamparada de todo auxilio técnico en casos de enfermedad e incapacidad económica de las poblaciones semi-urbanas para mantener médico, obligan a los gobiernos, estaduales o locales, a crear plazas rentadas de médicos titulares. La misión de éstos, en los años en que se establecieron primeramente esos puestos era, principalmente, la de residir en la población más importante de la zona que se les asigna y prestar asistencia médica gratuita a los pobres.

La funcionarización médica se inicia, pues, precozmente en Latino-América y trae como consecuencia otro aspecto deontológico peculiar, aunque tal vez heredado o, por lo menos, semejante al que se presenta en España. Nos referimos al hecho de usar las influencias personales y políticas para la consecución de los puestos, sin el menor respeto por el compañerismo y que es fruto de las características personalistas de la vida política de nuestros países.

Este fenómeno se presenta tan clara y evidentemente que todos los que se han ocupado de los aspectos del ejercicio de la medicina lo han observado.

En la Argentina, Bartolomé Bocio en sus "Cartas de un médico rural" pinta con crudeza todas las modalidades del comercio en la medicina.

En el Perú, posiblemente sucede algo parecido en el grupo de países americanos con muy escasa densidad médica (Honduras, Salvador, Guatemala, Bolivia), la comercialización franca, pública, traducida en el aviso de tipo francamente comercial que aparece en las primeras planas de los diarios, "exteriorización de una honda crisis, manifestación visible y prueba de infortunio, más que señal de prosperidad y de éxito" (Paz Soldán) está todavía localizada en Lima.

En las otras ciudades importantes y en los núcleos semi-urbanos donde la "concurrencia" económica de los médicos está circunscrita a unos cuantos, la comercialización no deja de existir, pero adopta formas más veladas: utilización de los "alcanzadores de clien-

tes'' para usar un término cuzqueño, la connivencia con boticarios y comadronas, la difamación del colega y tantos otros procedimientos descritos, también, por Bartolomé Bocio en el ambiente rural de la Argentina, son otros tantos exponentes de la comercialización de la medicina.

Son numerosos los observadores que, en nuestro país, han llamado la atención pública sobre estas cuestiones:

El Profesor Paz Soldán en 1926, en su interesantísimo folleto titulado ''Hacia nuevos rumbos'' con la fluidez y elegancia de estilo que le caracterizan, señala ese mismo fenómeno y dice: ''Se puede afirmar que el médico aprovecha de su actividad en razón inversa de su virtud''. Después, en múltiples ocasiones, ratifica esas observaciones desde las columnas de ''Reforma Médica''.

El Profesor Fernández Dávila, en 1927, en su ponencia al Primer Congreso Nacional de Medicina, titulada ''Organización del Sindicalismo Médico en el Perú'', después de trazar los dos pintorescos cuadros del ejercicio de la medicina en Lima en el siglo pasado y en el presente, dice: ''En el primer caso, el médico lo era todo; aislado en la turris ebúrnea de su sapiencia, es sin embargo el sacerdote de la ciencia. La época así lo obligaba, la tradición así lo conservaba, la incipiente civilización así lo imponía. En el segundo, el médico es secundario; se funde y se pierde a través de aparatos e instrumentos, de salas y laboratorios; su prestigio es colectivo y por lo tanto diluído y se comparte entre varios certificados de análisis y exámenes. En el cuadro de antaño la fe y la confianza eran los mejores auxiliares terapéuticos; en el cuadro de hogaño, la desilusión y la incredulidad son los mejores auxiliares morbosos''.

Analiza después los aspectos deontológicos que se derivan de esa nueva forma de ejercicio profesional y señala cuatro causas principales de la crisis moral del ejercicio de la medicina: la primera, el auge del charlatanismo, del ejercicio ilegal de la medicina y del extranjerismo. La segunda, el espíritu utilitarista y egoísta que domina la sociedad de nuestros días que impulsa al cliente a procurar obtener del médico el máximo provecho con la mínima remuneración y ''lo que es peor, con ausencia de todo respeto, de todo ca-

riño, de toda gratitud". La tercera, la utilización indebida de la labor del profesional por entidades diversas, oficiales y particulares, escatimándole consideraciones y remuneración. Y la cuarta, el colega mismo que, "en muchas, si no en todas las circunstancias anteriores, es el **primum movens**, el estímulo inicial que genera todas *aquellas formas del obstáculo al libre y honrado desarrollo de la* práctica profesional médica".

El Dr. Bambarén en 1931 comenta, también en "La Crónica Médica", este mismo hecho y preconiza la necesidad de dar estabilidad a los puestos públicos de la carrera sanitaria.

El Profesor Avendaño, en la ponencia sobre "Medidas para evitar la desnacionalización de la medicina peruana", presentada al mismo Congreso y en otras varias ocasiones, señala la quiebra de la ética profesional y la industrialización de la medicina. Recalca, especialmente, la grave falta de moral profesional que significa el despojo a un colega de un cargo rentado, valiéndose de influencias políticas.

Los redactores de la "Revista Médica Peruana", en numerosos editoriales y notas marginales sobre la vida médica de Lima, recalcan diferentes aspectos del comercialismo de la práctica de la medicina. Es digno de anotarse la frecuencia con que hacen mención de la falta de solidaridad profesional que se traduce en el despojo de los puestos rentados, en el acaparamiento de ellos, en su inestabilidad merced a las influencias políticas, etc. Ello es exponente de la importancia que los cargos rentados, aun pobremente, tienen para la economía de la profesión.

Causas de la comercialización del ejercicio de la Medicina. — La medicina, actividad social, no puede dejar de ser fruto de su ambiente. Es por eso que el fenómeno que se ha observado desde principios del siglo XIX en las populosas e industrializadas ciudades europeas, hace sólo algunas décadas que se ve entre nosotros.

Efectivamente, viven todavía los que conocieron en Lima la amistosa silueta del médico de familia, consejero y consultor del hogar, cuya figura ha sido trazada en forma pintoresca por el Profesor Fernández Dávila en su trabajo ya citado.

El que esto escribe ha contemplado todavía en el Cuzco, hace apenas dos décadas, ese tipo de profesional.

Queremos decir que en una civilización esencialmente industrial, cuyos ideales se orientan cada vez más en el sentido de los intereses materiales, en el de la afición al lujo y al confort, a los placeres y diversiones; en una civilización en que las comodidades no soñadas por los monarcas y potentados del siglo XVIII son ahora artículos de primera necesidad, la medicina, en tanto que actividad social, no puede dejar de ser inspirada por ese espíritu.

Pero debemos señalar, concretamente, los factores peculiares a la práctica médica.

Los principales que se han indicado son los siguientes:

En primer lugar, los espejismos de la vocación de los aspirantes a médicos: Le Gendre en su obra citada, insiste sobre este punto y analiza los diferentes motivos que impulsan a los jóvenes, que han terminado su instrucción secundaria, a elegir carrera. Señala, entre otros motivos equivocados, la curiosidad por las ciencias naturales, el anhelo de alcanzar el renombre y posición social expectable del médico y, otras veces, la simple casualidad.

René Dumesnil también considera como una de las causas de la decadencia moral de la profesión el que muchos aspirantes a ella son impulsados por sus familiares que, dedicados al comercio o a la industria, no ven de la profesión médica sino el aspecto socialmente brillante y los elevados honorarios de los grandes cirujanos. De allí que muchos de ellos, que conservan el espíritu de lucro de sus padres, harán de su profesión un oficio o un comercio y se servirán de sus conocimientos y de su arte sólo en provecho personal, sin cuidarse de los deberes que les impone su condición. Muchos de ellos consideran que el tiempo, trabajo y dinero que les ha costado obtener el título les confiere el derecho de explotarlo sin otra obligación que el estricto respeto a las leyes, desconociendo los deberes morales que, precisamente, las leyes no pueden definir.

Marañón, en su ensayo sobre "Vocación y Etica", hace resaltar la importancia que, para el ejercicio de la medicina, tiene la vocación genuina. Habla de la "tragedia" que significa el que la decisión de la carrera a seguir deba tomarse en la edad juvenil, en

que "el alma está ávida de cosas imaginativas y brillantes" y en que la verdadera vocación, es decir la conciencia más o menos clara de la aptitud para tal o cual actividad, no ha madurado todavía. Es por esto que, en la práctica, la orientación hacia la medicina se hace muy rara vez por vocación genuina y en la generalidad de los casos por falsa vocación, inspirada en los espejismos brillantes de la profesión que alcanzó una situación social y material espectable en el siglo pasado y cuyos prestigios no se han extinguido totalmente. Otras veces, sin vocación, impulsados por circunstancias variables.

Bartolomé Bocio, en su libro citado, apunta también el hecho: la juventud procedente de familias de industriales o comerciantes es impulsada a seguir la carrera médica por el brillo espectacular de ésta.

Por último, entre nosotros, el recordado Profesor Valdizán, en un artículo publicado en "Mercurio Peruano" en 1928, sobre la reforma de los estudios médicos, señala como causa del espíritu comercial de muchos médicos el que abrazan la carrera guiados por el "anhelo familiar" de conquistar una "superioridad social".

Otra de las causas, considerada como fundamental, es la plétora médica y el aumento de la concurrencia entre médicos que ella ocasiona. A este respecto, Legendre dice: "El malestar causado por la plétora y la concurrencia tenía como corolario un rebajamiento de los caracteres, una disposición de ciertos prácticos a aceptar combinaciones de tipo comercial para completar sus presupuestos o asegurar su vejez contra la indigencia".

Pero en lo que respecta a la plétora profesional, las opiniones no son uniformes: mientras que los que defienden a todo trance el carácter liberal del ejercicio de la medicina, consideran esa la causa fundamental de la comercialización e inmoralidad de la práctica profesional y juzgan que el remedio consiste en disminuír la producción de médicos, los que ven el problema con criterio más amplio, es decir teniendo en cuenta no sólo los intereses del gremio médico sino los de la sociedad toda, se dan cuenta que en realidad casi ninguna parte del mundo tiene tal plétora sino una desigual distribución de médicos; desigual distribución no sólo en el espacio sino

también en relación con los diferentes estratos sociales; que al lado de médicos sin trabajo hay enfermos sin asistencia. Pero el problema económico existe en realidad y la plétora relativa a la capacidad de remuneración de los servicios médicos trae como consecuencia la disminución de la estima material y moral del trabajo médico junto con el descenso de la ética profesional.

La sociedad no puede permanecer indiferente ante la grave situación que se deriva de la incapacidad económica de conseguir asistencia médica en casos de enfermedad para sectores cada vez mayores de población.

Esta situación se hace tanto más sensible cuanto mayores son los progresos de la medicina y más certeras sus intervenciones.

Hemos visto ya, como por una parte, surgen asociaciones mutualistas organizadas unas por los propios grupos sociales interesados. que sólo persiguen finalidades de protección mutua y de tipo comercial otras, que ofrecen asistencia médica, farmacéutica y, frecuentemente, de mortuorio, sobre la base de cotizaciones fijas anuales o mensuales. Por otra parte, la intervención cada vez mayor de los gobiernos estaduales y locales para proporcionar asistencia y protección sanitaria a las poblaciones.

En el primer caso, la exigüidad de las cotizaciones, desproporcionada, especialmente con las exigencias abusivas de los beneficiarios y la falta de organización adecuada de las prestaciones médicas, que conservan en general el tipo de asistencia individualista, incompatible ya con los progresos de la medicina y la división del trabajo, dan lugar a nuevas formas de inmoralidad que se traducen, por una parte, en un simulacro de asistencia reducida a la prescripción sintomática estereotipada y hecha, por decirlo así, por acto reflejo y, por otra, sobre todo cuando el cotizante tiene derecho no sólo a asistencia sino además a subsidio de enfermedad, en connivencias o complacencias vergonzosas.

En el segundo caso, la influencia todopoderosa de la política personalista, especialmente en los países latino-americanos, a la que quedan supeditados todos los funcionarios médicos, ofrece otro aspecto de inmoralidad profesional que, como hemos visto, ha

sido señalada entre nosotros especialmente por el Profesor Avendaño, el doctor Bambarén y la "Revista Médica Peruana".

En ambos casos, la remuneración del trabajo médico es exigua y como ella representa un porcentaje cada vez mayor de la economía del gremio, la proletarización de éste se inicia. Como consecuencia surgen las asociaciones defensivas de los grupos médicos y adoptan, a semejanza de las agrupaciones obreras, la forma sindical.

Problema económico se estudia y trata de resolver con criterio económico.

Desgraciadamente las agrupaciones médicas, ya sean asociaciones organizadas y estabilizadas como los Sindicatos Médicos Franceses o la Asociación Médica Americana o las que surgen al conjuro de determinada situación que agudiza el problema y significa una amenaza para los intereses del gremio, como el Sindicato Médico Peruano o, simplemente, grupos médicos no organizados, plantean el problema en la generalidad de los casos, con criterio unilateral; es decir, contemplando sólo los intereses del gremio.

No faltan, sin embargo, estudios, más bien individuales, que tratan de abordar el tema en su aspecto integral. Tales son, por ejemplo, entre nosotros, los ya citados por el Profesor Paz Soldán que percibe claramente la transformación en marcha de las normas del ejercicio de la profesión médica, que capta el nuevo sentido de la misión social del médico y preconiza la necesidad de organizar el gremio bajo la forma sindical, pero dándole el sentido y la misión que Durkheim ha señalado como necesaria para obtener la moralización de las profesiones de carácter económico. Es decir, la de armonizar los intereses del gremio con los intereses superiores de la sociedad.

Para Paz Soldán la solución del problema estriba, en primer lugar, en conquistar para la dirección e iniciativa médicas las numerosas actividades sociales que los progresos de la medicina y la higiene han creado, que requieren la intervención técnica del médico y que hoy están en manos extrañas. Consiste, en segundo lugar, en señalar para las actividades de carácter "funcionario" una base económica del trabajo médico y propone sustentarla sobre la hora de trabajo médico (H. T. M.).

Otro importante trabajo nacional, pero publicado en el extranjero, es el del doctor Hugo Pesce titulado: "Peligros que nos amenazan y manera de combatirlos" que, en 1931, ha obtenido el premio en un concurso promovido por "Actualidades Médicas", revista que se edita en Rutherford. Pesce aborda el problema bajo un punto de vista estrictamente económico-social y explica la crisis del ejercicio de la medicina como un fenómeno parcial de la crisis económica general de la pequeña burguesía, frente al capitalismo absorbente y consecuencia, simplemente, de la organización burguesa actual.

Este mismo criterio inspira los estudios de Lelio Zeno, Lazarte, Bocio y el grupo de médicos que edita el periódico gremial "Orientación" en la Argentina.

IV). **Deontología médica en la práctica de la medicina a través de los Seguros Sociales.**

Ante el fracaso de las mutualidades o, por lo menos, la limitación de sus posibilidades de acción efectiva sólo a grupos sociales de capacidad económica mediana, cuyo aporte puede ser apreciable y cuya morbilidad no es muy elevada y ante la imposibilidad de los gobiernos estaduales y locales de financiar íntegramente la compleja y costosa maquinaria asistencial para todos los sectores económicamente débiles, han surgido los Seguros Sociales.

1). **Actitud de los grupos médicos ante la implantación del Seguro Social de Enfermedad.**—En términos generales, podemos decir que las agrupaciones médicas no han sido favorables a la implantación del Seguro Social de Enfermedad en ningún país. Aun cuando aceptan como bueno el principio teórico del Seguro Social, han considerado siempre su aplicación práctica lesiva a los intereses del gremio. Veamos concretamente algunos ejemplos:

Alemania, país fundador de los Seguros Sociales, es también el que ha ofrecido la lucha más violenta entre los médicos y las Cajas u órganos administrativos del seguro. "La tempestad que despertó la ley de Seguros fué tan violenta que podrían formarse "monta-

ñas de papel" con lo escrito en esta lucha eterna e irritante entre las Cajas y los médicos", dice Joaquín Espinoza Ferrándiz. Al implantarse el seguro en Alemania los médicos jóvenes no tenían, según este autor, otra perspectiva que la de ingresar a las listas de las Cajas y se ofrecían sin condiciones, para mostrarse inmediatamente descontentos e iniciar reclamaciones.

A medida que se ampliaba el campo de aplicación del seguro, la situación de los médicos se iba agravando y la lucha se hacía más intensa. "Desgraciadamente carente de elevación y altura de miras para limitarse al terreno de honorarios y tarifas", dice el mismo autor.

Estimulados por estas luchas, los médicos se asocian y constituyen una poderosa liga, refundiéndose en ella, en 1900, todas las antiguas asociaciones médicas.

En el período comprendido entre los años 1900 y 1913, antes de la guerra, la Liga logró mantener su preponderancia frente a las Cajas y, según Espinoza Ferrándiz, de 1,022 conflictos que se presentaron la Liga ganó 1,011.

En 1923 se extiende el campo de aplicación del seguro de enfermedad a los empleados ocupados por ciertas empresas de utilidad pública (educación, instrucción, asistencia social, etc.) y a los trabajadores a domicilio, con lo que se restringe considerablemente la clientela libre del médico y los conflictos recrudecen. Se celebra ese año un Congreso Médico en Eberfeld, en el que se concretan las aspiraciones del gremio en los siguientes puntos:

1º—Convenios entre las Cajas y el Sindicato;

2º—Retribución por prestación al asegurado, no inferior a 5.50 marcos;

3º—Libre elección del médico por el asegurado;

4º—Contratos con médicos de duración máxima de 5 años.

Las Cajas consideraron esas exigencias como inaceptables para los intereses de los asegurados y juzgaban que su adopción significaría la destrucción de la ley. La opinión pública se mostró favorable a las Cajas y el Gobierno las apoyó; la situación se hizo, pues, difícil para los médicos que reunieron otro Congreso en Berlín y acordaron mantenerse firmes en sus principios y negar la asisten-

cia a los asegurados por intermedio de las Cajas, en tanto se mantuvieran las condiciones consideradas como atentatorias de la independencia profesional.

Las Cajas se vieron obligadas a buscar profesionales que se resolvieran a traicionar los acuerdos del Congreso, pero consiguieron sólo muy pocos y tuvieron que limitarse a dar a los asegurados prestaciones en metálico, para que ellos se entendieran directamente con el médico.

Esta situación no pudo mantenerse, pues resultaba carísima e insostenible para las Cajas. El Gobierno tuvo que intervenir y se firmó, por intermedio de la Facultad de Medicina, el primer convenio con los médicos. Este fué desfavorable a los principios sustentados por ellos, que tuvieron que renunciar a la libre elección y resignarse a aceptar el principio del honorario económico.

Para evitar, o atenuar, en lo sucesivo los conflictos entre médicos y Cajas se creó un comité especial, encargado de velar por los intereses de médicos y asegurados.

En Inglaterra el seguro de enfermedad está organizado bajo el principio de la libre elección, es decir que todo médico, legalmente capacitado, puede inscribirse en las listas del seguro y hacer clientela entre los asegurados, aceptando las tarifas señaladas por la institución que establecen el pago de un tanto alzado al año por asegurado.

Pero las prestaciones que otorga el seguro de enfermedad británico se reducen a la medicina general, debiendo el asegurado abonar las intervenciones especiales de diagnóstico y tratamiento.

Los conflictos entre los médicos y los organismos aseguradores, en este país, han sido, principalmente, sobre el monto de las tarifas de honorarios. La primera lucha importante fué entablada en 1913 y los resultados no fueron favorables a los médicos, pues el Gobierno inglés se enfrentó a ellos, se produjo la escisión de la Asociación Médica Británica y se consiguió el personal suficiente para aplicar la ley.

En Francia, cuando se planteó la necesidad de establecer el seguro social de enfermedad, existía una vasta organización sindical médica que pudo formar rápidamente "La Unión de Sindicatos Mé-

dicos de Francia". Esta hizo campaña intensísima, inclusive rehusando colaborar con los seguros sociales si no se mantenían ciertas condiciones mínimas que fueron expuestas al Parlamento y que eran las siguientes:

"Para la defensa de los intereses médicos es necesario que cada sindicato local o especial contrate con las Cajas".

"La ley, el reglamento de Administración pública o los contratos, no deberán tener ninguna disposición contraria a los siguientes principios:

1).—La libre elección, es decir que, todo médico, sindicado o no, puede participar en la asistencia a condición de que acepte las cláusulas del contrato y la jurisdicción del Consejo de familia sindical con derecho de alzada ante el organismo central.

2).—El derecho absoluto al secreto profesional, que no deberá ser violado ni directa ni indirectamente.

3).—El derecho a fijar libremente los honorarios, tanto para la asistencia a domicilio, en el hospital y en otro establecimiento de cura.

4).—Pago directo por el asegurado teniendo por base las tarifas mínimas sindicales. Esta resolución excluye toda tarificación contractual fijada de antemano. Los sindicatos pueden hacer inscribir, en los contratos, sus tarifas sindicales a título indicativo.

5).—Libertad terapéutica y de prescripción. El interés técnico debe primar ante el interés económico.

6).—El control de los enfermos por la Caja; el de los médicos por el Sindicato y Comisión médica de arbitraje en casos de desacuerdo.

7).—Necesidad de la representación del Sindicato en las comisiones técnicas organizadas por las Cajas y contratos especiales entre Cajas y Sindicatos para la organización técnica de todo establecimiento de asistencia".

Estos principios han quedado, desde entonces, como "la carta defensiva" del cuerpo médico, destinada a regular las relaciones del gremio con las colectividades e impedir "todo ensayo de usurpación de la medicina por una colectividad cualquiera".

Basándose en este hecho el delegado francés ante la Asociación Profesional Internacional de Médicos (A. P. I. M.), Dr. Cibrie, ha propuesto en 1935 la encuesta A. G., a que hemos hecho ya referencia y que investiga la existencia o no de una carta semejante en los demás países miembros de la Asociación.

De los 17 delegados que han dado respuesta, sólo los de Bélgica, Francia, Grecia y Suecia han manifestado tener una carta semejante.

Vamos a exponer a continuación los resultados globales de la encuesta sobre cada uno de los principios indicados:

Contratos individuales, por los médicos o colectivos, por las asociaciones médicas, con las entidades aseguradoras (u otras).— En la mayor parte de los países son admitidos sólo los contratos colectivos, salvo en España, Estonia, Grecia, Hungría y Suiza, donde existen ambas formas. Pero, aún en estos países, las agrupaciones médicas consideran deseable la implantación exclusiva de los contratos colectivos, para salvaguardar los intereses de la profesión.

Libre elección del médico por el enfermo.—En 9 de los países informantes se observa la libre elección del médico en materia de seguros sociales, en sólo 2, parcialmente y en 5 no.

Secreto profesional.—A juzgar por las respuestas a la encuesta sólo en Holanda existe el secreto profesional absoluto dentro del Seguro Social, pues aun en Francia, donde más se ha insistido en esta obligación del médico, hasta el punto de darle un carácter verdaderamente místico, la respuesta dice textualmente: "Sí (salvo en ciertas memorias de honorarios de asegurados sociales asistidos)".

En Holanda misma no es tampoco respetado en casos de accidentes del trabajo.

En cuanto al concepto que el cuerpo médico de los diferentes países tiene sobre si el secreto médico es indispensable o simplemente útil para el correcto ejercicio de la medicina, 9 de los informantes consideran que es indispensable. Los demás, aunque por lo general lo conceptúan tal, en las relaciones del médico con la clientela privada, aceptan la necesidad de adaptarse y ceder, en la medicina social, en especial en el Seguro de Enfermedad.

Pago de honorarios.—En 8 de los países informantes el pago de honorarios en el seguro social se hace por acto médico; en 5 por cantidades globales fijas y en 2 por ambos sistemas.

En lo que respecta al entendimiento directo del médico con el enfermo, sólo está establecido en Francia, en el Cantón suizo de Ginebra, en algunas regiones de Bélgica y en ciertas instituciones de seguros de Suecia y Noruega. En los demás países y en las otras regiones de los países indicados, existe el sistema del "tercer pagador"; es decir que las Cajas pagan directamente a los médicos o lo hacen por intermedio de la Asociación Médica, como sucede en Alemania y Grecia y parcialmente en Bélgica.

Preferencias de los grupos médicos entre estas dos formas de pago.—Las opiniones de los grupos médicos de los diferentes países están también divididas sobre la mejor forma de pago de honorarios.

En cinco de ellos la opinión es favorable al entendimiento y pago directo por el enfermo, suprimiendo "el tercer pagador". Las razones que se alegan son: mantenimiento de la dignidad y libertad del médico; evitar ciertos abusos, y rechazo del funcionarismo.

En otros cinco varía de unas regiones a otras o aun en una misma región, entre unos médicos y otros.

En otros tres, Alemania, Austria y Gran Bretaña, es preferido el pago por intermedio de las Cajas o de la Asociación Médica, porque así se evita la tendencia de ciertos médicos a multiplicar las atenciones para ganar lo más posible, utilizando formas desleales de atraer la clientela de asegurados y porque es una forma simple, práctica y más segura de hacer efectivos los honorarios.

Control ejercido sobre los médicos tratantes y asegurados. — Con excepción de Grecia y Dinamarca, en todos los demás países que tienen seguro social de enfermedad, existe un sistema de control ejercido sobre los enfermos y los médicos tratantes. En Holanda se admite sólo el control sobre los primeros y no sobre los segundos.

Los funcionarios que hacen esa labor son siempre médicos en casi todos los países; sólo en Hungría pueden no serlo.

Los médicos contratados son designados exclusivamente por las asociaciones médicas en Francia, Noruega y Suecia y parcialmente

en Estonia y Bélgica. En los demás países, por el Estado o las Cajas de Seguros.

El control es, inclusive, de carácter técnico en 7 países y en 5 sólo de carácter administrativo.

Jurisdicción para los casos de abuso profesional.—Es exclusivamente de carácter profesional en 6 de los países informantes. En los demás mixto, es decir que el cuerpo médico está ampliamente representado.

Opinión del cuerpo médico sobre los sistemas de control. — En todos los países, menos en Estonia, Hungría y Yugoeslavia, los médicos están satisfechos de los sistemas de control existentes en sus respectivas circunscripciones.

Libertad de prescripción.— Sólo en Dinamarca, Suecia y Noruega, existe libertad absoluta de prescripción de medicamentos, inclusive las especialidades farmacéuticas para los asegurados sociales.

Es de advertir que en Noruega los asegurados pagan sus remedios.

En Francia, la ley establece que las especialidades, cuya prescripción es factible, figurarán en una lista que deberá ser confeccionada por una comisión especial; pero como ella no se ha formado, en la práctica, no hay restricción alguna para las ordenanzas de los médicos.

En todos los demás países, las especialidades son permitidas sólo con diversas restricciones. En siete de ellos existe una organización encargada de establecer los principios de una medicación económica.

Las agrupaciones médicas de todos los países son partidarias, en principio, de la libertad de prescripción. Las de España y Hungría la reclaman con carácter absoluto. Las de todos los otros países reconocen la necesidad y conveniencia de ciertas limitaciones para evitar abusos.

Juicio crítico.—El examen desapasionado y sereno de los hechos que acabamos de exponer demuestra que, en términos generales, la actitud de las agrupaciones médicas europeas frente a la implantación del Seguro Social se ha limitado a la defensa de los intereses gremiales. Que, no obstante reconocer la excelencia del principio teórico de esa institución social, no ha aportado una labor verdade-

ramente constructiva que tienda a la solución más adecuada del problema que significa llevarla a la práctica.

Los principios que han sido sustentados como fundamentales y que han quedado inscritos como "la carta médica" francesa, tratan de conservar el ejercicio individualista de la profesión y son inadaptables a la medicina de las masas y hacen ineficaz el seguro de enfermedad. Efectivamente, las cotizaciones tanto de los trabajadores como de los patronos tienen que ser limitadas para conservar un equilibrio económico: un exceso de cotización por parte del obrero pondría a éste en situación económica más débil, con todas las agravantes que eso significa bajo el punto de vista de la salud; lo obligaría a privarse de muchas cosas que a la larga significan tanto o más, para la conservación de la salud, que una buena atención médica. El exceso de cotizaciones, por parte del patrón, pondría en peligro la vitalidad de determinadas industrias.

Limitadas las cotizaciones y, por consiguiente, los fondos disponibles para el seguro de enfermedad, el mantenimiento del ejercicio individual de la medicina sobre la base de pago por acto médico, según tarifas habituales con la clientela libre o según tarifas mínimas fijadas por los sindicatos médicos, tendría como consecuencia la quiebra financiera de la Institución de Seguro. Para salvarse, ésta se vería obligada a echar sobre el asegurado enfermo gran parte de la carga económica de la enfermedad, como sucede actualmente en Francia. Esto significa que no se llena ampliamente la finalidad de la Institución.

Por otra parte nosotros sostenemos que la misión fundamental del seguro social de enfermedad es buscar la adaptación a la práctica, de la medicina moderna con sus múltiples medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y el concurso de especialistas trabajando en equipo.

Eso no se consigue, no puede conseguirse, amplia y eficazmente con la medicina individualista.

Actitud de los médicos en Chile.—Entre los países americanos, Chile ofrece la más interesante e instructiva experiencia de la influencia del seguro social en la evolución del concepto que el médico tiene de su misión.

Cuando se promulgó la ley, en 1924, se produjo entre los médicos un movimiento a favor de la sindicalización con fines defensivos y quedó fundado el Sindicato de Médicos de Chile en 1925.

Este se enfrentó a la Caja de Seguro para conseguir que la asistencia médica del asegurado se hiciera por el sistema de libre elección.

Fracasado este sistema, fué reemplazado en 1928 por la asistencia en centros técnicamente equipados y a cargo de médicos funcionarios de las diversas especialidades. El Sindicato tuvo que aceptar esta situación como un mal necesario. Pero ese trabajo así organizado, si no ha sido el factor fundamental, ha contribuído, por lo menos en gran parte, a crear y mantener pujante y cada vez más vivo el nuevo concepto de la medicina social.

Los médicos de Chile se organizan y surgen las agrupaciones llamados por ellos funcionales: Federación de Médicos del Seguro Obrero; Federación de Médicos del Hospital; Federación de Médicos de Sanidad y Federación de Médicos Libres. La unión de esas federaciones forma la Asociación Médica de Chile (''Amech''). Surgen los órganos de publicidad de ellas: ''Boletín Médico Social'' del Seguro Obrero; ''Medicina Social'' de Valparaíso, ''Amech'', etc., y en sus páginas palpita intenso, pleno de vida, el nuevo ideal médico que puede sintentizarse en el lema de ''Medicina Social'': ''Una nueva medicina se avecina con bases técnicas, económicas y sociales distinta de la medicina actual. Debemos prepararnos''.

Inspirado en ese nuevo ideal, el médico ya no es, en Chile, el profesional aislado que espera al enfermo y que piensa únicamente en hacer medicina curativa. Es miembro del grupo social cuya misión es defender la salud humana, conservar a los hombres fuertes y aptos para el trabajo. No debe ya trabajar aislado sino organizado en equipos. No debe esperar que el enfermo llame a sus puertas sino debe buscarlo en su hogar, en el taller, en la fábrica o la escuela para descubrirlo precozmente. Preocupado ante todo por que no haya enfermos, investiga las causas íntimas del mal y comprende lo estéril y hasta cierto punto, ridículo de prescribir drogas inoperantes o simplemente paliativas, o regímenes jamás se-

guidos, sin tomar en cuenta las condiciones del ambiente social, causantes del mal: sin actuar sobre él.

Los médicos del Perú y el Seguro Social.—El gremio médico peruano no podía hacer excepción al fenómeno general que acabamos de esbozar.

La Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión", en cuanto se vislumbró la probabilidad de implantar en el país los Seguros Sociales, en noviembre de 1935, designó una comisión compuesta por los doctores Levy, García Rosell, Delgado Bedoya, Villamón y Werner, encargada de estudiar este problema en relación con los intereses de la clase médica. Hizo además un llamamiento a las asociaciones médicas filiales de provincias y a los colegas en general, para que cooperen con sus iniciativas a la mejor concepción de la tesis que debe sustentar la institución a nombre de los médicos.

La "Revista Médica Peruana", órgano de la Asociación, se ocupó editorialmente del tema, en diciembre de ese año, y planteó la necesidad de armonizar los intereses de los tres elementos fundamentales del seguro: capital, médicos y asegurados. Se pronunció ya desfavorablemente a la funcionarización y preconizó el mantenimiento del carácter liberal de la profesión.

Los doctores García Rosell y Villamón dictaron conferencias en relación al tema: el primero hace una crítica del proyecto de ley, expone sus observaciones en Alemania y considera que el seguro social, tal como funciona en aquel país, además de ofrecer al asegurado una asistencia de muy baja calidad: "al tipo que aquí tenemos, tiempo ha, en los consultorios de los hospitales de beneficencia", es la fuente principal de inmoralidad médica.

El doctor Villamón estudia particularmente las prestaciones médicas en el seguro social; describe sus principales modalidades y señala las ventajas y desventajas de orden científico, ético y económico que de su implantación derivan.

Como conclusiones propone los siguientes puntos de vista, que el gremio médico debe plantear para aminorar los inconvenientes y sostener las ventajas del seguro:

1).—Que el Estado nacionalice todos los seguros mercantiles y sociales con el objeto de compensar, con los ingresos de los primeros, los cuantiosos gastos que demandan los segundos.

2).—Limitación del campo de aplicación sólo a los asalariados.

3).—Participación en la legislación, organización, desarrollo y control administrativo y técnico de las cuatro entidades fundamentales del seguro: médicos, patronos, asegurados y aseguradores.

4).—Inspección médica por las asociaciones profesionales.

5).—Implantación del Seguro Social Obligatorio para los médicos, que cubra los riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, enfermedad, invalidez y muerte.

6).—Libre elección del médico por el asegurado.

7).—Libre inscripción de los médicos, pero solamente los peruanos, en las listas del seguro.

8).—Aplicación al seguro del sistema de pago por acto médico.

9).—Indemnización por locomoción y traslado a distancias.

10).—Simplificación del trabajo burocrático.

11).—Inviolabilidad del secreto profesional.

12).—Entendimiento directo entre enfermo y médico en materia de honorarios o, por lo menos, inclusión en la ley de la valoración del acto médico en cinco soles.

13).—Libre valoración de honorarios por prestaciones quirúrgicas y especiales.

14).—Limitación equitativa del número de asegurados que puede ser atendido por un profesional.

15).—Limitación de los gastos burocráticos, incremento de las prestaciones y derecho de los médicos a ser, de facto, accionistas de la institución del seguro.

16).—Fijación de sueldos compatibles con el decoro profesional, a los técnicos que actualmente prestan servicios en establecimientos asistenciales, inclusive los agregados libres.

17).—Aumento progresivo de los sueldos a los médicos de los servicios asistenciales, de conformidad con los años de labor, a partir de la promulgación de la ley.

18).—Preferencia en el nombramiento de médicos provinciales de la institución del seguro a los titulares en ejercicio.

19).—Revisión de los fondos de beneficencia con el objeto de que aquellos que no cumplen fines útiles sean destinados a los Seguros Sociales y subsiguientemente, centralización efectiva de la Asistencia, Previsión y Seguros Sociales, en el Ministerio de Salud Pública.

Por acuerdo general, la Asociación Médica Peruana presentó el siguiente proyecto ampliatorio a la ley de seguro social: La Asociación Médica Peruana, representativa del gremio médico del Perú, en vista del proyecto de ley sobre Seguros Sociales enviado por el Ejecutivo al Congreso Constituyente para la implantación de este sistema en el país, acuerda, por unanimidad, lo siguiente:

1º—La Asociación Médica Peruana, en principio, reconoce como una necesidad social la organización de un sistema de seguros de asistencia y previsión, que haga accesible a las clases proletarias los beneficios inherentes a los postulados de justicia, igualdad y solidaridad sociales, en lo que se refiere a los riesgos de indemnidad biológica.

2º—La Asociación Médica Peruana considera que, siendo los médicos el factor indispensable en el régimen de los Seguros Sociales, y estando ligados al porvenir científico, ético y económico del gremio, las normas de su intervención deben ser explícitamente fijadas en la ley de creación.

3º—La Asociación Médica Peruana, consciente de la experiencia demostrada universalmente que el éxito de los Seguros Sociales depende en su mayor parte de la colaboración eficiente de los médicos, solicita su intervención equitativa en su organización, dirección y funcionamiento.

4º—La Asociación Médica Peruana recoge la experiencia de los países con vasto tiempo de aplicación de los Seguros Sociales, experiencia que demuestra ser contraria al ideal que normó su confección, cuando en su articulado se legisla con criterio unilateral de capitalización.

5º—La Asociación Médica Peruana considera que el campo de aplicación de los Seguros Sociales debe limitarse a los verdaderamente necesitados. El proyecto de ley marca la posibilidad de otor-

gar los mismos beneficios a los proletarios y a los que no lo son por el monto de sus ingresos, contraviniendo su propio espíritu.

6º—La Asociación Médica Peruana estima indispensable que en la ley de creación de los Seguros Sociales en el Perú se establezcan indicaciones precisas que el gremio médico condensa en los siguientes puntos:

a).—Libre inscripción de todos los médicos en la Institución del Seguro;

b).—Libre elección del médico por el paciente hasta un límite proporcional entre el número de asegurados y el de médicos inscritos, bajo el control de instituciones médicas agremiadas;

c).—Limitación de campo de aplicación, por el momento, a los que reciban haberes o salarios inferiores a 1,500 soles al año para los que tengan hasta tres miembros de familia; ampliando a 2,000 soles para los que tengan más de tres;

d).—Supresión del Seguro Facultativo en los riesgos de enfermedad, accidentes del trabajo y maternidad;

e).—Aplicación al seguro del pago de honorarios por acto médico valorizado en la medida proporcional a los honorarios de cada región, fijado de acuerdo con las Instituciones Médicas de carácter gremial, abonable periódicamente por la Caja del Seguro.

f).—Valoración especial de las prestaciones médicas extraordinarias, quirúrgicas y especializadas, según tarifa establecida entre la Caja y las instituciones de carácter gremial;

g).—Valoración especial de consultas a domicilio e indemnizaciones por gastos de movilidad y distancia;

h).—Los asegurados que reciban asistencia en establecimientos de las Sociedades de Beneficencia Pública serán considerados como no indigentes y, por lo tanto, sometidos al cubrimiento de gastos de clínica y pago de honorarios, según las tasas establecidas en las tarifas mencionadas;

i).—Ampliación de la Comisión Central Administrativa con miembros médicos elegidos por las instituciones médicas agremiadas;

j).—Exclusividad en la prestación de servicios para los médicos peruanos;

k).—No podrán ejercer ningún puesto dentro del sistema de Seguros Sociales los médicos que reciban haber, emolumentos, etc., del Estado, Compañías Fiscalizadas e Instituciones Oficiales, superiores a 400 soles mensuales.

Este proyecto mereció la adhesión de la mayor parte de los médicos, inclusive de la Asociación Médica Cuzco, filial de la Asociación Médica Peruana, de la que formaba parte el suscrito.

Como se ve, los puntos planteados son los mismos que los sustentados, de primera intención, en los otros países.

La Asociación Médica Peruana ha intensificado su campaña para ir a la unificación total del gremio. Insiste en la necesidad de que se formen sindicatos médicos departamentales, como base para la constitución de la Federación de Médicos del Perú.

Por otra parte, la redacción de "Actualidad Médica Peruana", en enero de 1936, se ocupa también de la influencia del seguro social sobre el gremio médico y preconiza los mismos principios: libre elección del médico por el asegurado, remuneración por acto médico, libertad de prescripción dentro de las restricciones necesarias que el propio gremio se imponga y acuerde; supresión del subsidio de enfermedad, que puede ser sustituído por préstamos en casos de enfermedades largas, para evitar el peligro moral que significa para el médico la facultad de otorgar el derecho a ellos.

Preconiza, también, la necesidad de agremiarse pero estableciendo nuevas asociaciones exclusivamente de carácter gremial.

En el Departamento de Junín nace, a iniciativa del doctor García Frías, el primer Sindicato Médico Departamental con carácter exclusivamente gremial y se dirige a todos los médicos del Perú solicitando la formación de sindicatos locales, cuya unión constituiría el Gran Sindicato Médico del Perú. Propone al doctor Fortunato Quesada para que encabece este nuevo movimiento en pro de la agremiación.

Surgen, pues, casi simultáneamente, dos núcleos diferentes de asociación médica. Entendemos que el segundo ha quedado detenido y en cambio el iniciado por la Asociación Médica Peruana está en marcha y en un porvenir, más o menos próximo, la Federación de

Médicos del Perú será una realidad efectiva, sustentada sobre bases firmes.

Ejercicio de la medicina y seguro social.—Lo que da un carácter peculiar al ejercicio de la medicina a través del Seguro Social, es el hecho de interponerse entre el médico y el enfermo una tercera entidad: "el tercer pagador", como dicen los franceses.

Si fuera posible eliminar en absoluto esa interposición, la medicina conservaría su carácter de profesión liberal e individualista. La administración del seguro se limitaría, en ese caso, a otorgar subsidios en dinero que permitirían al enfermo afrontar las consecuencias económicas de la enfermedad. Pero este sistema, que fué el primitivamente adoptado todavía por las sociedades mutualistas, de las que, en buena cuenta, deriva la institución del seguro social, ha sido abandonado por ineficaz.

Por otra parte hemos señalado ya, e insistimos nuevamente en ello por su trascendental importancia, que una de las finalidades fundamentales del seguro social es la adaptación del ejercicio de la medicina a las nuevas condiciones creadas por la complejidad de técnicas, que los progresos de la medicina y ciencias auxiliares y la considerable división del trabajo, han hecho necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de los enfermos. Hemos señalado también la tendencia creciente de la medicina preventiva y, por consiguiente, la necesidad de captar precozmente al enfermo; de que el médico no espere que aquél venga a buscarlo cuando los síntomas claramente revelados al sujeto indican ya un proceso avanzado, sino que vaya en pos de él para captar las manifestaciones precoces de la enfermedad que todavía no han llamado la atención del paciente.

Una y otra finalidad no pueden realizarse sino por la medicina social, es decir la medicina colectiva "sustentada sobre bases técnicas, económicas y sociales diferentes".

García Tello, en sus dos interesantes obras: "Estructurando la Medicina del Futuro" y "Perspectivas de la Medicina de los Seguros Sociales" ha puesto claramente de manifiesto las diferencias fundamentales de las dos tendencias:

Una, la que se empeña en mantener el carácter tradicional de la medicina liberal, individualista, sólo se preocupa de curar, no re-

conoce enfermedades sino enfermos, no tiene que juzgar sino casos particulares; el técnico trabaja aislado, sólo ante el enfermo cuyo "secreto" debe guardar celosamente; no es responsable sino ante su conciencia.

La otra, la tendencia nueva, medicina social, se preocupa ante todo por luchar contra la enfermedad, por defender la salud de la colectividad; es esencialmente preventiva; los técnicos actúan en equipos de especialistas y auxiliares (enfermeras, visitadoras sociales, etc.) que buscan al enfermo en la fábrica, el taller, la escuela, el hogar; lo captan precozmente; trata de descubrir las causas determinantes de la enfermedad, los factores sociales y actuar sobre ellos como la mejor forma de proteger la salud de la colectividad, es decir de cumplir su nueva misión.

Los Seguros Sociales son, en una palabra, una de las vías principales que han de conducir a la adaptación del ejercicio de la medicina, cuya crisis hemos señalado, a las nuevas condiciones técnicas impuestas por los progresos de la ciencia y la división del trabajo, y sociales, derivadas del industrialismo y el maquinismo.

Deontología médica y Seguro Social.—Las profundas transformaciones que, como acabamos de ver, aportan los Seguros Sociales, al ejercicio de la medicina, crean nuevos problemas deontológicos y hieren conceptos arraigados anteriores.

Sabemos ya que, costumbres, normas de conducta, reglas morales derivadas de conceptos hechos e impuestos por la colectividad al individuo, persisten aún, mucho tiempo después que han desaparecido las condiciones sociales que las han creado. No es, pues, extraño que la implantación de los Seguros Sociales haya herido los sentimientos de los grupos médicos; que éstos hayan visto amenazadas las normas deontológicas del ejercicio de su profesión. Que les sea doloroso adaptarse a las nuevas normas.

Proceso en desarrollo, no ha alcanzado todavía la plena adaptación que busca y está por eso mismo en período de franca y rápida evolución; pero es evidente que la buena vía ha sido encontrada y es por ello que contemplamos la marcha triunfal de los seguros sociales en el mundo, pese a los obstáculos y resistencias que encuentran a su paso y que derivan, lo repetimos, de la persistencia en las con-

ciencias individuales de conceptos y normas de conducta tradicionales.

Por lo mismo que están en plena formación, en período de rápida evolución, no han alcanzado igual desarrollo en los diferentes países. Además, las normas deontológicas, producto social, tienen que ser diferentes, según sean las características peculiares de los grupos que las han creado.

Al hacer referencia a la actitud de los grupos médicos ante la implantación del seguro social y en especial al dar los resultados de la encuesta A. G. de la Asociación Profesional Internacional de Médicos, hemos anotado ya las diferencias fundamentales.

Tócanos ahora hacer una exposición de los nuevos deberes de la medicina, ejercida a través de los Seguros Sociales.

La estrechez del tiempo que disponemos no nos permite examinar sino los aspectos fundamentales.

Deberes de los médicos para con las entidades administrativas del Seguro.—Función esencialmente médico social, destinada a proteger la salud colectiva, los seguros sociales debieron haber nacido por inspiración y haberse mantenido bajo la égida médica. Pero las características peculiares de la profesión han hecho del médico un individualista pertinaz. Efectivamente, el médico es, según Paul Guerin, independiente por formación: la ciencia que estudia está basada fundamentalmente en la observación, debe sustentar sus conocimientos en su experiencia personal, pasar todas las teorías bajo la criba de su juicio; es independiente por función, trabaja sólo con su enfermo, debe decidir del comportamiento de éste, debe ordenarle normas de vida.

"Sólo con su enfermo, ha cerrado su horizonte a los muros de su gabinete. Las relaciones entre estos dos seres sólo a ellos respecta; la doctrina de cada uno para sí ha triunfado: "Yo actúo como quiero; que mi colega haga lo mismo! Yo me desenvuelvo, que él no me estorbe". La independencia de la función, confundiéndose con el aislamiento individualista, se ha transformado en anarquía celular", dice el autor citado.

De aquí que las agrupaciones médicas, aun reconociendo como bueno el principio del seguro social, se han mantenido al margen de

su organización; han planteado condiciones poco adaptables al cumplimiento de la verdadera finalidad de la institución. Han tenido que ser arrastradas y aceptar como ineludible su inclusión en su mecanismo, como dijo García Rosell.

Consciente de su misión social, el médico no debe ver en esas instituciones sólo "el tercer pagador", sino mancomunar su interés al progreso de ellas. Debe orientar su marcha hacia la meta anhelada de conseguir la mayor suma de salud y bienestar para la colectividad, por las rutas más cortas que sus conocimientos le dan a conocer. Debe comprender que nacieron como problema económico y que en la economía está el secreto de su éxito. Debe, por tanto, colaborar con ellas para obtenerla y esforzarse en combatir los malos hábitos que una clientela ignorante, a la que se veía obligado a dar gusto, le ha impuesto.

Debe hacer saber a las entidades administrativas que la verdadera economía estriba en la exactitud y precocidad del diagnóstico y la justeza del tratamiento: que para ello es preciso no escatimar los procedimientos necesarios, por caros que sean. Pero debe evitar hacer despilfarros inútiles y no olvidar que la sabia naturaleza es la principal artífice de la curación y que, frecuentemente, procedimientos sencillos y simples normas de higiene son los medios más adecuados.

Es necesario hacer mención especial de la obligación que deriva de la facultad de otorgar autorización para subsidios de enfermedad porque, el desconocimiento de ella, ha sido causa del desprestigio moral de la profesión y ha obligado a las Cajas a organizar sistemas de control tanto de médicos como de asegurados y que, a su vez, han dado lugar a rozamientos y susceptibilidades entre médicos tratantes y controladores o "de confianza". La falta a este deber no es sino un caso particular de la costumbre generalizada de dar certificados de favor para toda clase de asuntos, muchas veces con grave perjuicio de terceras personas y que revela la ausencia de justicia y veracidad.

Deberes para con los asegurados.—El seguro social puede, con una organización adecuada, crear un nuevo tipo de médico de familia; ya no el tradicional, encargado principalmente de curar enfer-

mos, sino aquel que piensa ante todo en prevenir enfermedades, en mantener sanos a los asegurados cuya atención se le ha confiado.

Su principal deber para con ellos deriva de este nuevo concepto. Amigo del asegurado, debe interesarse por todos los problemas relacionados con su salud y los de su familia; educarlo en los principios básicos de la higiene; hacer de él un cultivador consciente de su propia salud y de la de los suyos.

En una época y en medio de una sociedad en que el factor económico es fundamental, su interés pecuniario no debe estar ligado a la enfermedad, ni a la mayor necesidad de atenciones curativas de los asegurados.

Cuando nacieron los seguros sociales, en Alemania, no se pudo prever las consecuencias de mancomunar esos intereses y los resultados desastrosos sobre la moral médica que habían de tener y que han sido descritos con crudeza en el libro ya clásico de Liek.

La necesidad de declarar los diagnósticos de sus enfermos en tal o cual circunstancia, no le exime de la obligación de mantener una consciente y bien entendida discreción, limitándose a suministrar los datos estrictamente necesarios. Por lo demás, una adecuada organización y una conveniente selección del personal auxiliar pueden anular los inconvenientes de la falta indirecta al secreto profesional.

Deberes para con los patronos.—Podría creerse que los patronos no juegan otro papel que cotizar parte de los fondos destinados al sostenimiento del seguro social y que los médicos no tienen ningún deber para con ellos. Pero el nuevo médico que busca al enfermo en la fábrica, en la vivienda del ambiente rural proporcionada por el patrono, tiene necesariamente que tratar con él. El deber primordial que surge de ese trato es el de convencerlo que su interés verdadero, el del progreso de su industria, no está reñido, sino, al contrario, mancomunado con el bienestar del obrero; es el de obtener, por ese convencimiento, su indispensable colaboración.

Deberes para con sus colegas.—Las condiciones de trabajo en equipo, tan diferentes a la del médico individualista, son más propicias al sano compañerismo, a la colaboración eficaz, a la mutua comprensión entre médicos y no crean dificultades deontológicas

particulares. Pero merece una alerta especial, particularmente en nuestros países latino-americanos, el peligro que significa la utilización de influencias políticas y personales para la consecución de cargos funcionarios. Sólo una estricta reglamentación de la forma de ingreso, por concurso; la creación de un escalafón y ascensos por méritos pueden contrarrestar ese peligro.

Deberes para con la medicina.—La racionalización del trabajo que permite la adaptación, tantas veces citada, de la medicina moderna a la práctica de su ejercicio es, igualmente, propicia al progreso aún más rápido de ella. La nueva orientación ideológica hacia la medicina preventiva es favorable a la investigación de los signos precoces de enfermedad y de los métodos oportunos de tratamiento. Interesarse por la marcha en ese sentido, he allí un grato deber del médico.

CONCLUSIONES

Primera.—Ha sido muy acertada la decisión de la Comisión Organizadora de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas, de incluír en su temario el de la "Deontología médica en la práctica del Seguro Social".

Efectivamente: la oportunidad es única, pues exceptuando a Chile, — país precursor en América, — es en la presente década que se ha iniciado la marcha progresiva del Seguro Social en nuestro Continente. La importancia es grande. Entre los diferentes problemas del Seguro Social el que se refiere a la organización de los servicios médicos, de la cual derivan las normas deontológicas, es seguramente el principal porque de ella depende, en gran parte, el éxito o fracaso de la institución.

Segunda.—La deontología médica, conjunto de reglas morales y normas de conducta profesionales, como toda moral, es fruto de conceptos colectivos que se imponen a la conciencia individual.

Tercera.— La persistencia de los sentimientos y costumbres, después que han desaparecido las circunstancias sociales que las han creado y aun los conceptos colectivos que les eran solidarios, expli-

ca la viva reacción que provoca todo lo que tienda a crear nuevas normas de vida.

Cuarta.—Los organizadores y directores del Seguro Social, como en general los de cualquier empresa, no deben olvidar la importancia fundamental que tienen los incentivos en la conducta humana.

Para favorecer el mantenimiento de una elevada ética en el personal que actúa al servicio de la institución, deberán cuidarse de crear un ambiente propicio a los incentivos altruístas y de evitar el poner al individuo en trance de elegir entre su deber y su interés.

Quinta.—Los progresos considerables de la medicina y de las ciencias auxiliares y la división del trabajo han determinado una evidente inadaptación de ella a las prácticas de su ejercicio.

Por otra parte las condiciones resultantes del industrialismo y del maquinismo que han exaltado los intereses materiales de la humanidad, han encarecido la vida y creado condiciones propicias a la eclosión de enfermedades especialmente en las clases económicamente débiles, han agravado esa inadaptación.

Sexta.—Esas mismas características sociales de la civilización actual han conducido a la comercialización creciente de la medicina con graves consecuencias de orden deontológico.

Séptima.—El problema actual en el mundo, en cuanto a asistencia médica se refiere, es el de la distribución de los servicios médicos, no sólo geográficamente, en superficie, sino también entre los diferentes estratos sociales, en profundidad si cabe decir así, en cada localidad.

Efectivamente, al lado de concentración de médicos en las ciudades, hay ausencia de ellos en los núcleos rurales y junto a médicos parados por falta de trabajo, hay muchos enfermos carentes de asistencia, por incapacidad económica de pagarla.

Octava.—Esta situación ha determinado la intervención cada vez más frecuente del Estado y la funcionarización creciente del médico.

Novena.—Los seguros sociales constituyen hasta el presente, la institución más adecuada para conseguir esa mejor distribución de

la asistencia médica haciéndola accesible a los diferentes estratos sociales.

Décima.—Otra de las finalidades fundamentales del seguro social es conseguir la adaptación de la medicina moderna, con toda la complejidad de instalaciones, aparatos y multiplicidad de técnicos, armonizando el trabajo en equipo.

Undécima.—Evitar las enfermedades y no tener que curarlas, debe ser preocupación fundamental de los Seguros Sociales.

Duodécima.—Una organización adecuada de los servicios médicos, que contemple los verdaderos intereses deontológicos de la profesión, debe estar sustentada en los principios siguientes:

1º—Racionalización del trabajo en equipo, en condiciones que aseguren el óptimo rendimiento de cada uno de los elementos de él.

2º—Creación de un nuevo tipo de médico de familia del asegurado, inspirado ante todo en el anhelo de evitar enfermedades y de hacer de él un guardián consciente de su propia salud y de la de los suyos.

3º—No mancomunar el interés económico del médico a la enfermedad del asegurado ni, menos aún, a la facultad de otorgarle derechos de subsidios.

4º—Sustentar la remuneración del profesional sobre la base: hora de trabajo médico.

5º—Regular el ingreso de los médicos al servicio del seguro en un sistema basado en la selección por cualidades y méritos y totalmente al margen de las influencias políticas y personales.

6º—Sistemar, en la misma forma, el progreso económico y profesional del médico dentro de la institución.

ESQUEMA DE LA MARCHA DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD EN EL MUNDO

Europa

Años de promulgación de la ley	País	En actual vigencia Campo de aplicación	Efectivo asegurado
1844	Bélgica	Marinos	2,953 (1933)
1854	Austria	Mineros	....
1883	Alemania	Obreros de Industria y Comercio	....
1886	Alemania	Obreros de Agricultura y Forestales	....
1888	Austria	Obreros de Industria	....
1891	Hungría	Obreros de Industria y Comercio	....
1892	Alemania	Todos los Asalariados: Obreros y Empleados	....
1894	Francia	Mineros	....
1901	Luxemburgo	Obreros y Empleados de Industria y Comercio	51,800 (1936)
1907	Croatia y Slavonia	Obreros y Empleados de Industria y Comercio	830,000 (1937)
1909	Bosnia y Hertzegovina	Obreros y Empleados de Industria y Comercio	....

Años de promulgación de la ley	País	En actual vigencia Campo de aplicación	Efectivo asegurado	
1910	Italia	Maternidad para los Asalariados de la Industria y Comercio		....
1911	Irlanda	Obreros y Empleados de Industria y Comercio	580,000	(1937)
1911	Noruega	Todos los Asalariados económicamente débiles	616,000	(1935)
1911	Bran Bretaña	Asalariados de Industria y Comercio	18,200,000	(1936)
1911	Rusia Imperial . .	Asalariados de Industria y Comercio		....
1912	Rumania	Artesanos y Asalariados de Industria		....
1912	Estonia	Asalariados de la Industria	57,908	(1936)
1912	Letonia	Asalariados de la Industria	1[illegible]6,700	(1937)
1913	Holanda	Todos los Asalariados (no llegó a entrar en vigencia)		....
1914	Suiza	Se hace obligatorio en algunos Cantones (existía como voluntario en todo el país desde 1911) . . .		....
1919	Checoeslovaquia . . .	Todos los Asalariados		....
1920	Checoeslovaquia . . .	Obreros Agrícolas		....
1920	Polonia	Asalariados de Industria y Comercio, menos de Alta Silesia	1'900,000	(1937)
1921	Rumania	Extensión del Seguro a Bessarabia		....
1922	U. R. S. S.	Todos los Asalariados	26'300,000	(1937)
1922	Yugoeslavia	Extensión y unificación para los Asalariados de la Industria y Comercio	770,000	(1937)
1922	Letonia	Extensión a los demás Asalariados, menos agricultura		....
1922	Checoeslovaquia . . .	Mineros		....
1923	Alemania	Extensión a Empleados de Empresas de Utilidad Pública y Artesanos	19'446,000	(1936)

1924	Bulgaria	Todos los Obreros	200,000	(1936)
1924	Checoeslovaquia . . .	Trabajadores a domicilio y sirvientes. Unificación del Seguro para Asalariados	2'260,000	(1937)
1926	Austria	Extensión a Obreros del Comercio y Empleados ...	....	
1926	Grecia	Asalariados de Manufacturas de Tabaco	....	
1926	Lituania	Asalariados de Industria y Comercio	48,700	(1936)
1927	Italia	De Tuberculosis para todos los Obreros	Maternidad y Tuberculosis 7'000,000	(1936)
1928	Austria	Extensión a Obreros Agrícolas y Forestales	1'200,000	(1936)
1928	Francia	Promulgación de Ley para Asalariados en general	8'000,000	(1935)
1929	España	Maternidad solamente, para Asalariados de la Industria	632,000	(1936)
1929	Holanda	Aplicación y modificación de Ley para todos los Asalariados	1'200,000	(1936)
1929	Italia	Gentes de Mar y Aire	....	
1930	Letonia	Extensión a los Marinos	165,000	(1934)
1932	Grecia	Extensión a todos los Asalariados, menos de Agricultura	300,000	(1937)
1933	Polonia	Extensión a todos los Asalariados, menos los de Alta Silesia y Agrícolas de todo el País.—Unificación	1'600,000	(1934)
1933	Rumania	Unificación y coordinación. Extensión a los Asalariados del Comercio	875,000	(1937)
1935	Noruega	Extensión a los Pescadores Independientes	568,209	(1933)

EN PROYECTO

....	Bélgica	Obreros	....	
....	Estonia	Ampliación a los Asalariados del Comercio y Servicio Doméstico	....	

Años de promulgación de la ley	País	En actual vigencia Campo de aplicación	Efectivo asegurado
....	Grecia	Extensión a los Obreros Agrícolas	....
....	Islandia	Todos los habitantes de 15 a 65 años	....
....	Noruega	Extensión a Tripulantes de Marina Mercante	....

América

Años de promulgación de la ley	País	En actual vigencia Campo de aplicación	Efectivo asegurado
1924	Chile	Todos los Asalariados	800,000 (1937)
1931	Brasil	Asalariados de Empresas de Servicio Público	....
1932	Brasil	Extensión a Mineros	211,000 (1933)
1933	Brasil	Extensión a Marinos y Pescadores	....
1934	Brasil	Extensión a Asalariados del Comercio e Industrias; Obreros cargadores; Trabajadores de Depósitos de Café	....
1934	Argentina	Maternidad para los Asalariados de la Industria y Comercio	....
1934	Cuba	Maternidad para los Asalariados de la Industria y Comercio	....
1935	Ecuador	Todos los Obreros	....
1936	Perú	Obreros de Industria, Comercio y Agricultura (período de organización)	....
1937	Cuba	Enfermedad y Maternidad para todos los Asalariados (período de organización)	....

EN PROYECTO

....	Bolivia	Todos los Trabajadores	....
....	Canadá: Colombia Británica	Todos los Asalariados	....
....	Colombia	Todos los Asalariados	....
....	Chile	Extensión a los miembros de familia de los Asegurados	....
....	Méjico	Todos los Obreros y Empleados de la Industria y Agricultura	....
....	Uruguay	Campo de aplicación todavía no definido	....
....	Venezuela	Todos los Asalariados	....

Asia

1920	Palestina	Trabajadores Judíos	....
1922	Japón	Obreros de Minas y Fábricas (puesto en vigencia en el año 1926)	2'667,000 (1935)

EN PROYECTO

....	China	Asalariados de Minas y Fábricas	....
....	India	Asalariados de la Industria	....
....	Japón	Ampliación a Asalariados de Transportes, Construcciones, etc., y Empleados en general	....
....	Persia	Obreros de Industria del Iraq	....
....	Turquía	Obreros en general	....

Años de promulgación de la ley	País	En actual vigencia Campo de aplicación	Efectivo asegurado
		Africa	
1937	Libia	Artesanos y Obreros Fascistas de la Industria	....
		EN PROYECTO	
....	Egipto	Obreros de la Industria y Comercio	....
....	Unión Africa del Sur	Todos los Trabajadores	....
		Oceanía	
1935	Australia Septentrional	Todos los Asalariados	....
		EN PROYECTO	
. . .	Nueva Zelanda. . . .	Todos los Ciudadanos	....

BIBLIOGRAFIA

I.—MARCHA DE LOS SEGUROS SOCIALES EN EL MUNDO

1.—L'Assurance maladie.—Bureau International du Travail. — Géneve 1925.

2.—L'Organisation International du Travail et les Assurances Sociales Bureau International du Travail.—Géneve 1936.

3.—El Problema de la Unificación de los Seguros Sociales.—Enrique Luño Peña.—Minuesa de los Ríos.—Madrid, 1935.

4.—Los Seguros Sociales, sección dedicada a informar sobre los seguros sociales en el mundo. Revista Internacional del Trabajo.—Ginebra: Noviembre y Diciembre de 1936; colección del año 1937; Mayo y Julio de 1938.

5.—Seguro de Enfermedad y Asistencia Médica en el ambiente rural.—Edgardo Rebagliati (Trabajo inédito preparado para la Conferencia Intergubernamental de los países americanos sobre Higiene Rural).

6.—El Seguro Social en el Mundo.—Trabajo inédito preparado por Luis Angel Ugarte y Roberto O. Alvarado.

II.—FACTORES DETERMINANTES DE LA CONDUCTA HUMANA

1.—Psicología.—Honorio Delgado y Mariano Iberico R.—Lima, 1936.

2.—Les volitions. Ch. Blondel, "Traité de Psychologie".—G. Dumas. Vol. II. F. Alcan. París, 1924.

3.—Le sentiment sociale. Le sentiment religieux. Le sentimént morale.—Belot, en el mismo tratado.

4.—La sociologie.—G. Davy, en el mismo tratado.

5.—L'Ecole sociologique et la psicologie.—G. Dumas, en el mismo tratado.

6.—Biología de la individualidad, sus principios.—Leonardo Perruci y José C. Lio, en "El Día Médico".—Buenos Aires, 16 de marzo de 1931.

7.—Patología Constitucional.—J. Bauer, traducido al castellano por Eusebio Oliver Pascual.—Editorial Médica Chilena.—Valparaíso, 1936.

8.—La Incógnita del Hombre.—Alexis Carrel.—Editorial Pax Santiago de Chile.

9.—Etica a Nicomaco.—Aristóteles.—Madrid.—Imprenta L. Rubio. 1931.

10.—La Morale et la Science des Moeurs.—Levy—Bruhl.—F. Alcan París, 1937.

11.—Esquise d'une Morale sans obligations ni sactions. — J. M. Guyau. F. Alcan. París, 1935.

12.—Les deux sources de la Morale et de la Religion.—H. Bergson. — F. Alcan. París, 1937.

13.—L'Education morale.—E. Durkheim.—F. Alcam. París, 1934.

14.—De la division du Travail Social.—E. Durkheim.—Alcan París, 1893.

15.—Las reglas del Método Sociológico.—E. Durkheim.—Editorial Cultura Santiago de Chile.

16.—Morale Profesionelle.—E. Durkheim, en "Revue de Metaphisique et de Moral". Juillet 1937. Octobre 1937.

17.—La determination du fait moral.—E. Durkheim en "Bulletin de la Societé Francais de Philosophie". Avril, Mai 1906.

18.—Fenomenología de la Voluntad.—A. Pfaundler.—Traducción del alemán, por Manuel G. Morante.—Madrid. Revista de Occidente, 1931.

19.—Le Fondement de la Morale.—A. Shopenhauer, traducción francesa, por A. Burdeau.—F. Alcan. París, 1925.

20.—L'Egoisme base de toute societé.—F. Le Dantec.—E. Flamarión. París, 1933.

21.—La Biologie de L'Ethique.—Max Nordau.—F. Alcan. París, 1930.

22.—Etica.—Moor.—Editorial Labor Barcelona, 1929.

III.—ESTADO ACTUAL DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA Y DE SUS NORMAS DEONTOLOGICAS

1.—Historia de la Medicina.—Garrison.—Traducido del inglés por el profesor D. Eduardo García del Real.—Calpe.—Madrid, 1919.

2.—La Vie du Medecin.—P. Le Gendre.—N. Maloine. París, 1931.

3.—L'Ame du Médecin.—R. Dumesnil.—Plon, París, 1938.

4.—Vocación y ética.—G. Marañón.—Zig Zag. Santiago de Chile.

5.—Cartas de un Médico Rural.—Bartolomé Bocio.—Editorial Claridad. Buenos Aires.

6.—La Socialización de la Medicina.—Lelio Zeno.—Sthentor.— Santiago, 1933.

7.—Socialización de la Medicina.— J. Lazarte.—"Imán". — Buenos Aires, 1934.

8.—¿Hay demasiados médicos?—"Acción Social", Santiago de Chile, junio 1935.

9.—Necesidad de un programa de sanidad.—Comisión técnica de Asistencia Médica de EE. UU.—Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.—Octubre de 1938.

10.—Asistencia Médica en Puerto Rico.—Idem.

11.—Horizontes económicos de la profesión médica.— J. Alvavay. — "Amech", Santiago, diciembre de 1937.

12.—Peligros que nos amenazan.—Hugo Pesce, "Actualidades Médicas". Rutherford N. J., EE. UU. A.—Setiembre y octubre 1931.

13.—Moral Médica. — Compañerismo. — Angel Navarro Blanco, ponencia presentada al Primer Congreso Español Pro-Médico.—"Medicina Ibera". — Zaragoza, 8 de febrero de 1936.

14.—Moral Médica.—Sanciones.—Enrique Noguera, ponencia presentada al Primer Congreso Español Pro Médico.—Idem.

15.—Hospital Organization and management.— Mac Eachern. — Physician's Record Co. Chicago, 1935.

16.—Enquete (A. F.) sur les Droits et les Devoirs des Medecins d'apres les legislations dans les divers pays.—Revue Internationale de Medecine Professionelle et Sociale.—París, Mai 1935.

17.—Enquete (A. G.) sur "la Charte médicale dans les divers pays".—Idem.

18.—Código de Moral Médica aprobado por el 6º Congreso Médico Latino Americano.—"Revista Médica Peruana"—Octubre-diciembre 1932; Febrero, marzo, abril 1933.

19.—Trattato di medicina sociale.—Coruzzi Travagli. Vol. I. A. Wasserman. Milano, 1938.

20.—¿Socialización? ¿Nacionalización? Nerio Rojas "Reforma Médica" 1º de setiembre de 1937.

21.—Revolucionarismo médico.—Juan Garafulic.—"Medicina Social". — Valparaíso, marzo de 1936.

22.—Un nuevo campo del trabajo humano.—Editorial "Medicina Social". Valparaíso, marzo de 1936.

23.—Concepto ético y social del moderno sanitario.—José M. Gonzales.— "Medicina Social".—Valparaíso, marzo de 1936.

24.—Nueva etapa.—Editorial "Medicina Social".—Valparaíso, abril-mayo 1936.

25.—Evolucionando. — Arosos. — "Medicina Social". — Valparaíso, abril-mayo 1936.

26.—La Evolución de la Medicina.—Oswaldo Igualt.—"Medicina Social". Valparaíso, abril-mayo 1936.

27.—Hacia una reforma de los estudios médicos.—H. Valdizán. — "Mercurio Peruano". Febrero de 1928.

28.—Hacia nuevos rumbos.—Carlos E. Paz Soldán.—Imprenta Americana. Lima, 1926.

29.—Por la creación del Sindicato Médico en el Perú.—Carlos E. Paz Soldán.—Editorial "Minerva".—Lima 1928.

30.—La situación efectiva de la clase médica en el Perú.—Carlos E. Paz Soldán.—"Reforma Médica", 15 de setiembre, 1º de octubre y 1º de noviembre de 1932.

31.—La Acción Gremial.—Fortunato Quesada.—"Minerva".—Lima, 1928.

32.—Medidas para evitar la desnacionalización de la Medicina Peruana. L. Avendaño.—Lima, 1927.

33.—Organización del Sindicato Médico en el Perú.—G. Fernández Dávila.—Lima, 1928.

34.—Cuestiones de Medicina Pública Peruana.—C. Bambarén. — "Crónica Médica".—Lima, diciembre de 1931.

35.—El Profesor Razzetti.—E. Bello.—"Revista Médica Peruana".—Mayo 1932.

36.—La Medicina, la Sanidad y la Asistencia en 1932.—E. Ego Aguirre. "Actualidad Médica Peruana".—Enero 1933.

37.—El Problema Médico Gremial a través de una centuria.—G. Delgado Bedoya, Lima 1933.

IV.—DEONTOLOGIA MEDICA Y SEGURO SOCIAL

1.—Enquete (A. G.) sur la "Charte médicale dans les divers pays". — "Revue Internationale de Médecine Professionnelle et Sociale".—París. — Mai 1935.

2.—Mefaits des Assurences sociales en Allemagne.—E. Liek.—Traducción del alemán por Raoul Lantzenberg et E. Lantzenberg.—Payot. París 1929.

3.—L'Etat contre le medecine.—P. Guerin.—N. Maloin, Paris, 1929.

4.—Le Secret Médicale.—Jacomet.—G. Doin et Cie. París 1933.

5.—El Servicio Médico de los Seguros Sociales. — Adrien Tixier. — "Acción Social".—Santiago, mayo 1934.

6.—El Seguro de Enfermedad.—J. Espinoza Ferrándiz.— Biblioteca de la Revista de Medicina.—Madrid.

7.—El Seguro Social de Enfermedad.—Enrique Barduji, ponencia presentada al Primer Congreso Español Pro-Médico "Medicina Ibera".—Zaragoza, 19 de octubre de 1935.

8.—Seguro Social de Enfermedad.—Alejo Diz Jurado, ponencia presentada al Primer Congreso Español Pro-Médico.—"Medicina Ibera". — Zaragoza, 19 de octubre de 1935.

9.—Organización funcional de los médicos.—Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio.—Santiago de Chile, setiembre de 1936.

10.—Estructurando la Medicina del Futuro.—J. García Tello.—Imprenta Universitaria.— Santiago de Chile, 1933.

11.—Perspectivas de la Medicina de los Seguros Sociales.—J. García Tello.—Imprenta Universitaria.—Santiago de Chile, 1934.

12.—Comentarios al proyecto de Seguros Sociales.—Conferencia en la Asociación Médica Peruana, por el doctor Ovidio García Rosell.—"Boletín Informativo" de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión.—Lima, 18 de enero de 1936.

13.—Seguro Social y Prestación Médica.—Conferencia sustentada en la Asociación Médica Peruana, por el doctor Froilán Villamon Haltenhof.—"Boletín Informativo"de la Asociación Médica Peruana "Daniel A. Carrión". — Lima, 18 de enero de 1936.

14.—Resumen de la Legislación Extranjera sobre Seguro de Enfermedad. Publicación del Instituto Nacional de Previsión.—Madrid, 1938.

15.—Organisation economique des prestations médicales et pharmaceutiques de l'assurance maladie.—Publicación en preparación por la Oficina Internacional del Trabajo.

Tratamiento de la Esquizofrenia

Por el Profesor Dr. **GONZALO BOSCH**

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Por el Profesor Dr. GONZALO BOSCH

Necesariamente, al ocuparse del tratamiento de la Esquizofrenia, en el momento actual, se impone circunscribirse a la terapéutica de Sakel y Von Meduna.

Abundantes razones abogan en tal sentido, pero bastará decir en homenaje a la brevedad, que los otros métodos, incluso el de Klasi, que tanto optimismo despertara, carecen de la eficacia que debe reconocerse a los que nos ocupan.

Nuestra experiencia conjunta del Hospicio de las Mercedes, que desde la primera publicación que hiciéramos el 9 de abril de 1937, en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, bajo el título de "Un caso de Esquizofrenia, tratado por la insulina", hasta la fecha, comprende 192 casos de insulinoterapia, 122 de cardiazolterapia y 40 casos de tratamiento mixto.

No en todos ellos, desgraciadamente, se ha hecho uso de la misma técnica que permita precisar con más claridad nuestras conclusiones, pero una buena parte de los casos, cuando menos en la insulinoterapia, han sido tratados con un criterio uniforme, que, en líneas generales, poco se aparta de lo aconsejado por su autor. Sólo destacamos para evitar las descripciones abundantes y pesadas, que preferimos no prolongar los comas más de dos horas, por considerarlo peligroso; que siempre que las circunstancias lo permitan hacemos la cesación brusca del coma, mediante la inyección de solu-

ción glucosada al 50%, buscando el shock emotivo, preferido por nosotros al despertar lento provocado por la sonda acompañado de psicoterapia.

Consideramos suficiente por término medio practicar 20 comas y excepcionalmente hemos visto producirse reacciones favorables más allá de este número. A más, siempre dentro de una síntesis que conceptuamos obligada, diremos que observamos como norma clínica, la interrupción rápida o abreviación de la duración del coma, cuando se compruebe:

Crisis de excitación psicomotriz precomatosa muy intensa que permite suponer un excesivo desgaste para el organismo; crisis epilépticas subintrantes, que expongan a la apnea y colapso respiratorio; disminución marcada de la tensión diferencial; bradicardia persistente, próxima a las 40 pulsaciones por minuto; abolición completa del reflejo corneano.

Nada en terapéutica general es más elástico que un tratamiento de esta naturaleza, que impone variaciones constantes en la conducta del médico tratante, sea considerando la forma clínica o las reacciones físicas o psíquicas del paciente, pero ello no puede ser ignorado por nadie que haya tenido oportunidad de practicarlo.

Aun cuando no consideramos suficiente el número de casos observados, para sentar conclusiones definitivas, debemos decir que por el momento, se imponen para nosotros con suficiente fuerza de convicción, los siguientes hechos:

1º—Las formas clínicas susceptibles de mayor mejoría son las estuporosas y catatónicas.

2º—La más rebelde es la paranoidea. Hay aquí una flagrante contradicción con las estadísticas europeas, que sólo atinamos a justificarlas, con la diversidad de criterio diagnóstico. Suponemos comprendidos en este caso, muchos delirios polimorfos.

3º—El número de comas necesarios para obtener los resultados apetecidos, oscila alrededor de 20, siendo de destacar en nuestra experiencia personal, que las variaciones experimentadas por los sujetos más allá de los 20, son frecuentemente nulas.

4º—Los enfermos destinados a mejorar, acusan cambios sensibles desde los primeros comas, cuarto o sexto.

5º—Puede admitirse que existe una relación evidente entre estas posibilidades de mejoría y la modalidad de la reacción, siendo las más favorables las que se acompañan de intensa emotividad en el despertar o crisis de excitación y convulsiones epilépticas.

6º—Por el contrario, cuando el coma es tranquilo y el despertar sereno, los casos exitosos son menos probables.

7º—En escasas oportunidades el enfermo acusa una mejoría evidente luego de suspendido el tratamiento, pero la conquista hecha en estas condiciones es precaria en su duración y en nuestra opinión debe referirse a las posibilidades de la remisión espontánea.

8º—Es evidente la necesidad de contar con una edad terapéutica que no exceda de un año, para tener remisiones completas.

9º—No hemos visto empeorar psíquicamente ningún enfermo, como consecuencia del tratamiento.

10º—En los casos que después de inyectados 50, 100 o 200 centímetros cúbicos de solución glucosada, persiste el coma o las reacciones torpes, debe pensarse en una insuficiencia hepática que impide la fijación de la glucosa y elaboración de glucógeno, como lo demuestra la glucosuria y la hiperglicemia existentes en ese momento, siendo preciso recurrir a la opoterapia hepática intensiva.

Nuestra estadística difiere en mucho de las cifras optimistas que se han dado a publicidad, circunstancia que atribuímos, en gran parte, al tiempo de evolución de numerosos casos escogidos, pero evidentemente, es lo suficientemente alentadora como para indicarnos que nada actualmente es más efectivo.

Formas clínicas tratadas con insulina

Paranoidea	58
Catatónica	76
Simple	28
Hebefrénica	20
Heb. Catatónica	8
Neurosis esquizofrénica	2
Total	192

Resultados obtenidos en las distintas formas clínicas

	Curados	Gran mejoría	Ligera mejoría	Sin mejoría
Paranoidea	..	4	4	30
Catatónica	17	26	5	28
Simple	..	5	12	11
Hebefrénica	3	8	4	5
Heb. Catatónica . . .	..	1	5	2
Neurosis esquizofrénica	1	..	..	1
Totales	21	44	30	97

Tiempo de evolución de los enfermos tratados

Hasta 6 meses	52
De 6 meses a 1 año	32
De más de 1 año	108
Totales	192

Resultados en relación con el tiempo de evolución de la enfermedad

Tiempo	Curados	Gran mejoría	Ligera mejoría	Sin mejoría
Hasta 6 meses . . .	13	16	6	17
De 6 meses a 1 año . .	5	10	10	7
De más de 1 año . . .	3	18	14	73
Totales	21	44	30	97

Tres de los casos tratados, uno en el curso del tratamiento y los otros por agravación posterior, fallecieron, debiéndose atribuír a factores diversos: inadvertencia del personal subalterno de una recaída de coma en un caso, provocando la prolongación del mismo hasta hacer inútil la intervención tardía. Había sido sacado por sonda dejando plenitud gástrica e inapetencia, razón por la que pre-

ferimos la inyección, que despeja con rapidez y seguridad y no expone a la recidiva. Los otros dos fueron, sin duda, reavivación de procesos bacilares latentes, según hallazgo de autopsia.

Se deduce de esta misma observación, que perfeccionando la técnica, contando con personal adecuado y escogiendo como rigor clínico los casos a tratar, la inocuidad del Sakel debe estar casi garantida.

Aun dentro de las mismas formas clínicas y de próximos tiempos de evolución, se observan resultados sorprendentemente contradictorios, que, permaneciendo el tratamiento dentro del más completo empirismo, no nos permiten formular otra hipótesis que la de la constitucionalidad del sujeto. Si bien es cierto que el tiempo de evolución marca la edad terapéutica, la etapa en que el proceso se halle, neurótica, psicótica o demencial, señala también las posibilidades curativas. A estos respectos insistiremos más adelante.

Nuestra experiencia en la cardiazolterapia es menor: 122 casos; y, en nuestra opinión, se trata de un recurso menos exitoso, viéndonos obligados a rectificar parcialmente juicios anteriormente vertidos, no sólo en lo que atañe a las probabilidades curativas, sino también a su inocuidad, ya que hemos comprobado casos riesgosos y un deceso en que la autopsia reveló una dilatación aguda del miocardio.

Sin embargo, el hecho paradójico de obtener mejorías evidentes en sujetos refractarios a la insulinoterapia, nos hace persistir en su uso, habiendo practicado en 40 casos el tratamiento mixto, intercalación de dos días de cardiazol en la semana al llegar a la dosis coma de insulina, con éxito diverso. Acompañamos nuestra estadística.

Formas clínicas tratadas con cardiazol

Paranoidea	22
Catatónica	51
Simple	19
Hebefrénica	30
Total	122

Resultados en relación con la forma clínica

	Curados	Muy mejorados	Ligeramente mejorados	Sin mejoría
Paranoidea	..	6	3	13
Catatónica	6	7	5	33
Simple.	..	5	7	7
Hebefrénica.	3	6	5	16
Totales	9	24	20	69

Tiempo de evolución en los enfermos tratados

De 1 a 6 meses	30
De 6 meses a 1 año	18
De más de 1 año	74
Total	122

Resultados en relación con el tiempo de evolución

Tiempo	Curados	Muy mejorados	Ligeramente mejorados	Sin mejoría
De 1 a 6 meses . . .	6	7	6	11
De 6 meses a 1 año .	2	5	4	7
De más de 1 año . .	1	12	10	51
Totales	9	24	20	69

Los casos de tratamiento mixto, en líneas generales, responden a los resultados de la insulinoterapia y su curso e indicaciones no tienen más alternativas que la de ambos tratamientos por separado.

Como dato complementario y de valor ilustrativo, diremos que cuentan en la actualidad con dos años de antigüedad en nuestra experiencia los casos conceptuados como clínicamente curados con el Sakel, sin que los repetidos exámenes revelen anormalidad alguna.

Si se tiene en cuenta la abundancia de hipótesis emitidas acerca de la forma de actuar de ambas medicaciones y se considera su distinta acción biológica, pareciera no poderse aceptar más factor común que el shock y, por ende, atribuírle a éste el papel preponderante en los efectos apreciados.

Se observa que no hay uniformidad en los resultados; las mismas formas clínicas, aun dentro del tiempo próximo de evolución de la enfermedad, sorprenden por sus reacciones contradictorias a pesar de su similitud y el empleo de técnicas rigurosamente iguales. El hecho hace pensar necesariamente en la intervención de otros factores determinantes del mayor o menor éxito de la terapéutica y que por sus características individuales son precisamente personales. Unos, derivados del grado de la enfermedad misma; otros, en relación con el terreno sobre el cual se opera.

No hay duda que si todos los autores inciden sobre la necesidad de un tiempo breve para alentar esperanzas curativas, esto implica, la mayor parte de las veces, un menor avance de la enfermedad en el grado de compromiso de la autonomía psíquica del sujeto.

La Esquizofrenia debe ser considerada como un proceso que atraviesa necesariamente por tres etapas: neurótica, psicótica y demencial. Una semeiología sutil permite diferenciar cada uno de estos estados. Los dos primeros serían accesibles a la curación, no así el último. Esta precisa delimitación explicaría los casos exitosos de más de un año que han quedado en las etapas primeras, en oposición al fracaso de caso de breve evolución pero que rápidamente comprometieron el psiquismo hasta la demencia.

En favor de este modo de pensar, obra la observación reiteradamente hecha por nosotros, de sujetos que después de una remisión reciente, 6 meses o un año, eran tratados con gran beneficio aún cuando la afección tuviera un origen más remoto. Y es que esta posibilidad de remisión espontánea, señala un grado menor de compromiso, permitiéndonos considerar, a los efectos del tratamiento, que la enfermedad data desde la recaída.

El otro factor que gravita sobre los resultados, es el constitucional.

Claro que no es una afirmación, ya que ésta requiere una experiencia más nutrida que la nuestra, pero nos ha parecido ver que así como los cuadros más típicos de esquizofrenia evolucionan en el terreno morfológico y psíquico descrito por Kretschmer, la acción medicamentosa es tanto más eficaz cuanto más se aparte el sujeto de esta tipología. Por lo menos, ésta es una realidad para los cuatro casos más exitosos de nuestra estadística, que mantienen su curación aparente a través de casi todo el tiempo que abarca nuestra experiencia. Esta forma de apreciar los hechos objetivos, es sólo una ratificación en psiquiatría de conceptos básicos de la clínica general.

Nos sentimos pues autorizados a formular las siguientes conclusiones:

1ª—Ambos tratamientos son los más eficaces que existen en medicina psiquiátrica para la esquizofrenia; estando nuestra preferencia por el Sakel.

2ª—Que es necesario considerar la esquizofrenia como un proceso en marcha, que necesariamente pasa por tres etapas: neurótica, psicótica y demencial y que sólo las dos primeras y en grado distinto son accesibles a los beneficios del tratamiento.

3ª—Que la forma francamente paranoidea es incurable, lo mismo que la demencia precoz simple, porque quizá responden a distintos factores constitucionales; y,

4ª—Que el factor constitucional, como en clínica general, es preponderante en la determinación del éxito.

O Serviço Social na asistencia aos enfermos da mente

Pelo Prof. Dr. A. C. PACHECO E SILVA

O SERVIÇO SOCIAL NA ASSISTÊNCIA AOS ENFERMOS DA MENTE

Pelo Prof. Dr. A. C. Pacheco e Silva

Catedrático de Clínica Psiquiátrica e Diretor do Departamento de Psicopatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O desenvolvimento do serviço social psiquiátrico decorre da importância crescente que se empresta hoje ás doenças mentais, cujo aumento assustador tem despertado, em todo o mundo, a atenção não apenas dos médicos como dos sociólogos, dos legisladores e de todas as classes intelectuais.

O problema da assistência social aos psicopatas é extremamente vasto, pois que abrange não só os cuidados de que se deverá cercar o doente mental, mas compreende ainda as medidas de natureza profilática, visando a preservação das moléstias mentais, o que equivale a dizer, envolve problemas hospitalares, de assistencia coletiva e de higiene mental.

Não será assim emprêsa fácil abordar, nos estreitos limites de um relatório, as múltiplas faces de questões tão complexas, cuja importância justificaria o seu desmembramento em vários capítulos. De acôrdo, porém, com o enunciado do tema que nos coube relatar, buscaremos limitar-nos, tanto quanto possivel, ás principais questões ligadas estritamente aos serviços sociais.

Não há a negar constituirem hoje as doenças mentais objeto de grande interêsse médico-social e é por justificados motivos que para elas volvem hoje as vistas todos aqueles que se dedicam á conservação da saúde e ao bem estar da coletividade.

A vida intensa do homem moderno, o desgaste de energias psíquicas exigido pela concorrência vital em nossos dias, as guerras e as revoluções com o seu cortêjo doloroso, a instabilidade dos regimens, a luta entre duas tendencias políticas opostas em que se debatem todos os paises do mundo, as dificuldades econômicas, o grande número de desocupados, a liberdade de costumes das novas gerações, entretêm constante tensão psicológica, tornando o sistema nervoso extremamente vulnerável ás multiples causas que sôbre êle atuam provocando distúrbios psíquicos.

Há em toda parte um estado de inquietação, uma situação de verdadeiro alarme ante o aumento não só dos psicopatas exigindo internação urgente, como também em virtude da maré crescente de neuropatas, deprimidos, exaltados, psicastênicos, toxicómanos e desequilibrados dos mais variados tipos, que constituem a imensa legião de fronteiriços, os quais, conquanto não tenham necessidade imediata e permanente de reclusão em estabelecimentos especializados, são incapazes de prover a sua própria existência e de sua familia, vivendo em eterno conflito com o meio social, creando situações domésticas difíceis, provocando a infelicidade de vários seres, prejudicando a educação dos filhos, perturbando a ordem pública, atuando como pêso morto na sociedade.

A assistência social terá forçosamente de se ocupar de tais indivíduos, candidatos certos que são, quando não assistidos precocemente, ás penitenciárias, aos hospitais psiquiátricos e aos manicômios judiciários, sem falar nos incalculáveis prejuizos que causam aos que os cercam e ao meio em que vivem.

Compreende-se, destarte, quão indispensável é a creação, na atual organização social, de um perfeito aparelhamento de assistência ao psicopata, ás suas familias e ao meio social, com o objetivo não só de proteger os doentes mentais, como ainda de evitar as consequências dos seus atos e eliminar, tanto quanto possível, as

causas, tanto predisponentes como determinantes, dos distúrbios psíquicos.

Para tanto, os modernos serviços de assistência psiquiátrica devem ser dotados de vários tipos de hospitais, colônias e ambulatórios, de forma a poder proporcionar tratamento adequado, de acôrdo com a diversidade dos casos, o grau de evolução da moléstia, a incidência de doenças intercorrentes, a capacidade de trabalho, o grau de perigosidade do psicopata e a sua situação jurídica.

Impõe-se, ao demais, um tratamento pronto, adequado e eficaz, antes de se instalar o período crônico ou uma fase mais adiantada da doença, para se conseguirem resultados satisfatórios.

Os modernos hospitais psiquiátricos em nada se assemelham aos antigos asilos fechados, onde permaneciam aglomeradas grandes massas de doentes, sem assistência e tratamentos adequados. A preocupação era no passado, apenas a de se sequestrar o doente mental; afim de se preservar o meio social dos seus atos mórbidos. Nos modernos hospitais psiquiátricos não se tem em mira apenas impedir que o doente pratique atos nocivos ao meio e a si próprio, como ainda se procura, de acôrdo com os progressos da psiquiatria, tratar do psicopata, cercá-lo dos cuidados necessários, buscando restituí-lo, no mais curto prazo, á sociedade quando o restabelecimento fôr completo, a uma vida de liberdade restrita em estabelecimentos apropriados quando as condições do paciente não permitirem a sua recondução ao seio da família. Para tanto, faz-se necessária a multiplicação dos hospitais psicopáticos, evitando-se a superlotação hospitalar e o agrupamento de doentes concentrados em grandes núcleos, o que vem dificultar a administração e impedir a ação social que um centro psiquiátrico deve exercer no seio da população.

De acôrdo com os estudos dos psiquiatras americanos e com a experiencia dos Estados Unidos, onde se encontram os maiores hospitais psiquiátricos do mundo, bastando lembrar que só o Manhattan State Hospital, situado em Ward's Island, abriga mais de oito mil doentes, a capacidade das acomodações de um asilo modêlo não deve, por múltiplas razões, ultrapassar a 1.000 doentes.

Ao esboçar, presentemente, uma organização de assistência psiquiátrica devemos ter em vista a necessidade de se crearem:

1). Clínicas psiquiátricas localizadas nos centros populosos, destinadas aos casos agudos exigindo imediata internação.

2). Hospitais psiquiátricos fechados, para o tratamento das psicopatias graves, cuja internação se processe compulsoriamente.

3. Colônias agrícolas, com regime "open-door" parcial e completo, para os doentes crônicos.

4). Serviços de assistência familiar localizados dentro e fora do perímetro das colônias agricolas.

5). Ambulatorios psiquiátricos bem aparelhados para atenderem aos psicopatas compatíveis com o meio social.

6). Manicômios judiciários para os psicopatas sob a ação da Justiça.

7). Centros de higiene mental, com ramificações pelas escolas, hospitais de clínica geral, quarteis e outras instituições, com o objetivo de realizar obra de profilaxia mental.

8). Serviço de proteção e assistência médico-social aos egressos dos hospitais psiquiátricos.

Na impossibilidade de cuidar detidamente de todas esas organizações, vamos nos ocupar particularmente do serviço social psiquiátrico.

No Estado de São Paulo (Brasil), por iniciativa do Dr. Pedro Augusto da Silva, diretor da Clínica Psiquiátrica, foi fundada uma organização denominada "Instituição de Assistência Social ao Psicopata", já em pleno funcionamento, com excelentes resultados.

Tal instituição é uma entidade com fins filantrópicos e tem por objetivo prestar gratuitamente aos internados nos hospitais psiquiátricos públicos, aos egressos dos mesmos, bem como aos matriculados no Ambulatorio de Higiene Mental:

a). Toda assistencia moral;

b). Toda assistência jurídica, com referência a sua pessoa, capacidade civil e bens, pleiteando e defendendo seus direitos em juizo e fora dêle, promovendo a decretação e levantamento da interdição judicial, etc.

c). Auxilio material aos egressos con alta dos estabelecimentos mencionados;

d). Construir uma colônia, oportunamente, destinada a receber os egressos com alta, desamparados e destituidos de recursos financeiros;

e). Contribuir, dentro de suas possibilidades, com os Poderes Públicos no sentido de elevar o nível de vida dos internados nos hospitais supra referidos;

f). Assistência médico-jurídico e social ás familias dos internados, mostrando-lhes o caminho a seguir, nos casos de sua alçada.

Obra de incontestável mérito é a instituição cujos fins acabamos de mencionar, organizada sob moldes originais e que dá bem uma idéia da vastidão e da importância do serviço social ao psicopata.

O serviço social psiquiátrico impõe-se, pois, como uma medida de grande alcance, visando elevar a condição do doente mental, arrancando-o da posição inferior em que o preconceito social o colocou, para reconduzi-lo ao mesmo nível dos demais doentes, com iguais senão maiores direitos, que a su condição psíquica lhe assegura.

Acerca de la variabilidad citoarquitectural de la corteza del lóbulo frontal del cerebro humano

por E. ENCINAS

ACERCA DE LA VARIABILIDAD CITOARQUITECTURAL DE LA CORTEZA DEL LOBULO FRONTAL DEL CEREBRO HUMANO

por E. ENCINAS

Del Kaiser Wilhelm— Institut für Hirnfoschung Berlin-Buch, Alemania, y del Laboratorio de Anatomía Normal y Patológica del Sistema Nervioso de la Facultad de Medicina de Lima, anexo a la Cátedra de Psiquitaría (Prof. H. F. Delgado).

INDICE

Introducción

El objeto del presente trabajo es dar a conocer los resultados de las investigaciones citoarquitecturales llevadas a cabo en tres cerebros humanos europeos. Pertenecía uno de ellos a una de las más notables figuras científicas nor-europeas que había dedicado

gran parte de su vida a trabajos de gran valimento, y los otros dos a sujetos sin historia ni actividad de especial importancia. La investigación presente se refiere a datos histológicos. Como información macroscópica presentamos las fotografías del polo frontal, de la cara interna, externa y orbitaria, de los cerebros examinados. No he de negar la valía del estudio morfológico macroscópico, pero hay derecho a concluír que conclusiones más precisas en cuanto a organización general particular han de deducirse mejor del estudio histológico del cerebro. Esta manera de considerar la investigación anatómica moderna nos conduce al mejor y más detallado conocimiento del órgano, proporcionándonos mayores y particulares evidencias acerca de su textura y de sus variaciones, que no las daría el solo examen externo. El estudio de las circunvoluciones y cisuras, si bien de importancia complementaria, ha dejado de tener aquella que investigadores de otras épocas le atribuían. El análisis y la apreciación histológica en cambio proporcionan orientaciones más apropiadas al conocimiento de las variaciones texturales territoriales, y a la consideración en este sentido de diferencias individuales, punto al que en particular se refiere este trabajo.

Consideraciones generales sobre la citoarquitectura cerebral

Como base general para nuestro trabajo hemos partido de las básicas enseñanzas de BRODMANN y VOGT. Fuerza es por esto que para la mejor comprensión en la lectura de las microfotografías, e interpretación de los resultados generales, hagamos en esta parte una rápida revición de las apreciaciones y leyes totales de la arquitectura celular del cerebro, indicando a la vez la interpretación que se debe dar de las locuciones latinas empleadas.

La corteza gris comprende seis capas superpuestas, que vamos a designarlas con VOGT, de acuerdo con la naturaleza de las células que las integran, en esta forma:

I.—Lámina zonalis.

II.—Lámina corpuscularis (Lámina granularis externa BRODMANN).

III.—Lámina piramidalis.

IV.—Lámina granularis. (Lámina granularis interna BRODMANN).

V.—Lámina ganglionaris.

VI.—Lámina triangularis.

VII.—Lámina fusiformis.

Las dos últimas láminas constituyen la **Lámina multiformis** de VOGT.

Respecto de la lámina VII mantenemos la designación de **Lámina fusiformis** sólo para facilitar y homologar la designación de VOGT con la que hemos empleado nosotros, pero en vista de que la designación de **fusiformis** no corresponde con la morfología de los elementos que ocupan esta lámina, circunstancia sobre todo manifiesta en los cerebros 58 y 64, en que las células presentan más bien forma triangular piriforme o polimorfa, hemos creído conveniente referirnos a este hecho para que no se vaya a tomar como elementos fusiformes a las células que sin tener esta forma ocupan la lámina VII.

La primera capa, **Lámina zonalis**, está constituída por células piriformes, a veces ligeramente fusiformes, orientadas tangencialmente a la superficie de la corteza, y de una talla que varía entre 4 y 6 micras. Los otros núcleos que se perciben en esta lámina corresponden a células gliales o núcleos de elementos vasculares. A esta lámina se le denomina también capa **plexiforme** por estar constituída por las arborizaciones terminales de numerosas dendritas, y por cilindros ejes, constituyendo toda una red bastante compleja.

La segunda capa, **Lámina corpuscular**, o **Lámina granularis externa** de BRODMANN está compuesta de pequeñas células redondas, poligonales o triangulares en estrecha relación unas con otras, dando la apariencia general de granos.

La tercera capa, **Lámina piramidalis**, está constituída sobre todo por células de forma piramidal, de distintas dimensiones.

La cuarta capa, **Lámina granularis, Lámina granularis interna** (BRODMANN) está constituída por elementos pequeños, redondeados o polimorfos, densamente agrupados.

La quinta capa, **Lámina ganglionaris**, está profundamente situada, y constituída por células ganglionares de tipo piramidal pequeño, de dimensión menor que la de las que ocupan la lámina piramidal III.

La **Lámina triangularis** está constituída por células triangulares, piriformes, algunas veces muy ligeramente alargadas, enteramente distintas de las que ocupan las capas V y III.

La **Lámina fusiformis** está constituída por células redondeadas, piriformes, algunas veces alargadas y corrientemente orientadas en dirección perpendicular a la superficie de la corteza.

Con el fin de establecer y comprender mejor las diferencias territoriales a las que vamos a referirnos en detalle en otra parte de este estudio, hemos tenido en cuenta, en primer término, la anchura de la corteza, teniendo presente su variación a nivel de la cúpula de las circunvoluciones, de la pared de los surcos y cisuras circundantes, y del fondo de éstas; 2º, el grosor de las láminas que designaremos con los términos latinos de **lato, medio y tenui**, según se refieran a dimensiones grandes, medianas y pequeñas respectivamente; 3º, la densidad celular, considerando tres grados, pobre, mediana y rica, y designándolas respectivamente con los términos: **sparso, módico** y **denso.**

Con las palabras latinas, **magno, aliquanto y parvo** designamos el tamaño de las células, según se trate de elementos grandes, medianos y pequeños, respectivamente. Consideramos **irregular** una distribución cuando las células que ocupan una lámina lo hacen en forma dispersa y desordenada; **seriforme** cuando se alinean en serie, y **columniforme** cuando las células agrupadas en pequeñas columnas siguen una dirección regular y perpendicular a la superficie. Cuando los elementos que ocupan la lámina III son de un solo tamaño, la llamamos **monopiramidal; bi** o **tripiramidal** si son de dos o tres tamaños respectivamente. Con las locuciones **micro, macro** y **meso,** designamos el tamaño pequeño, grande y mediano de las células. En el caso en que las células de la sublámina piramidal I sean de dimensiones iguales o aproximadas a las de la sublámina piramidal II, designamos esta particularidad como **extremosimilis**;

en el caso contrario, esto es en que hubiera más semejanza entre las subláminas II y III, como **extremodissimilis.**

Cuando las granulaciones de la capa IV se presenten por encima de su límite superior, esto es rodeando las células piramidales de la sublámina IIIs, la calificamos de **supragranular;** en el caso contrario de **infragranular.**

En una gran parte de los casos hemos encontrado que la capa V presenta dos subláminas, una superior, Va y otra inferior Vb. Cuando los elementos de la primera se encuentran más densamente agrupados que en la segunda, calificamos a la lámina V de **biganglionar-externomultoganglionar.** En el caso contrario, esto es cuando la densidad en la sublámina interna sea mayor, de **bibiganglionar-internomultoganglionar.** Si la densidad de la capa V es mayor que la de la VI, es de tipo **supraditior;** en el caso contrario, **infraditior.** Cuando no hay diferencia de densidad, **aequodives.** Calificamos de **transgrediens** el campo en el cual las células de la capa VII se muestran en la sustancia blanca vecina; de **limitatus** cuando no ocurre esta circunstancia.

Este sistema de designación es el mismo que el empleado por C. y O. VOGT en su libro Allgemeinere Ergebnisse Unserer Hirnforschung, en 1918, y facilita la comprensión de las descripciones en la mayor parte de los idiomas.

Problemas y métodos

Tenidos en cuenta los conocimientos adquiridos en la parte general, y en condiciones de analizar y comparar los resultados en un caso y en los tres; en situación, en una palabra, de considerar las diferencias topográficas histológicas de la superficie de los tres cerebros examinados, el problema a estudiar en este caso debe responder a las siguientes cuestiones:

1º—Existe una concordancia evidente, o sólo una determinada semejanza entre la repartición territorial topográfica en cerebros de distintos individuos, o, en otras palabras, es posible repartir la superficie cortical del cerebro de individuos distintos en zo-

nas estructurales concordantes, y si esto es así, bajo qué principios?

2º—En qué consisten en general las concordancias o las variaciones en los diferentes individuos

3º—Existen campos constantes e inconstantes, y en qué modo varían los primeros, en los diferentes individuos, según la forma, dimensión, situación u otra circunstancia?

Para el desarrollo de este tema nos hemos servido del material amablemente puesto a nuestra disposición por el profesor O. VOGT, Director del Kaiser Wilhelm-Institut für Hirnforschung, de Berlín—Buch, Alemania. Las preparaciones han sido hechas de acuerdo con los métodos técnicos empleados en el mencionado Instituto. El material fijado primeramente en formol pasa por una serie de alcoholes de concentración ascendente, para ser incluído por último en parafina y cortado al micrótomo en serie completa. Los preparados histológicos así obtenidos, de 15 micras de espesor, son teñidos con cresyl-violeta, para ser examinados microscópicamente. Un aparato de proyección permite obtener dibujos de los contornos de los cortes, en los que se anotan los límites hallados en el examen microscópico. Sobre la base de estos hallazgos se construyen después las cartas areales arquitectónicas respectivas. Las áreas encontradas por nosotros han sido numeradas de acuerdo con el sistema de VOGT.

Los límites entre los diferentes campos son precisos en gran parte de los casos y se encuentran, sea en la cúpula de las circunvoluciones o en sus vertientes o en el fondo de los surcos. Hay oportunidades en cambio en que tales límites no son tan exactos, existiendo una ligera variante arquitectural entre un campo y otro. Se trata aquí de las "adaptaciones limítrofes" a las que se refirieron C. y O. VOGT (1919), ROSSE (1921), BECK (1929)-(1930), M. VOGT (1928) RIEGUELE (1931). La presencia de tales adaptaciones limítrofes no representan en ninguna forma un obstáculo a la delimitación de los campos, pues examinándolos cuidadosamente en las preparaciones histológicas o en las microfotografías es posible encontrar siempre caracteres tales que permiten la homologación con uno u otro de los adyacentes.

Hemos encontrado en nuestro examen áreas secundarias, entendiendo por tales a aquellas que presentando los caracteres generales de las principales, muestran, sin embargo, desviaciones texturales, que las individualizan. Ocurre así con las áreas 52a, 52b, 52c, 53a, 53b, 53c, etc. No consideramos como tales a aquellas que se encuentran en los límites porque puede tratarse de las "adaptaciones limítrofes" a las que nos hemos referido anteriormente.

Descripción de los resultados

Campo N° 51

Cerebro 64.

Corteza de anchura mediana, la mayor parte de cuyos elementos celulares está constituída por células muy pequeñas, finas y alargadas, sobre todo en las capas que están por debajo de la L. IV.

Los detalles de la arquitectura celular de esta capa son los siguientes:

L. z.—Anchura más que mediana, ocupada por granulación fina y particularmente escasa.

L. c.—Anchura mediana ocupada por granulación fina, y por muy pequeñísimas células de forma triangular. Escasa o ninguna penetración de las granulaciones en la capa subyacente. Límite inferior de esta capa poco preciso.

L. t.—Capa de anchura mediana densamente ocupada por células piramidales de forma predominantemente triangular, alargadas. De acuerdo con su tamaño, estas células pueden distribuírse en dos subcapas: III_{1+2} y III_3. La primera ocupada por células medianas y pequeñas, y la segunda por células de mayor tamaño. En ambas subcapas es numerosa la cantidad de células ganglionares, y típica la forma afilada angulosa y alargada de éstas. No tienen estas células una especial distribución seriada, están más bien como agrupadas en núcleos dispersos. Escasas granulaciones se encuentran en ella, en forma dispersa. El límite de se-

paración con la lámina IV es preciso a causa de la escasa o ninguna penetración de las granulaciones de esta lámina (IV) en la III.

L. gr.—De anchura mediana; dicretamente ocupada por granulación muy fina, y por pequeñísimas células piramidales.

L. gl.—Abundantes y muy pequeñas células constituyen esta capa; de extremidades afiladas, de bordes angulosos. Puede subdividirse esta lámina en dos: una Va constituída predominantemente por células piramidales y algunas de tipo fusiforme, y otra, Vb constituída fundamentalmente por células de tipo alargado; en ambas subláminas es típico el carácter muy pequeño de las células, pudiendo apreciarse también escasas y dispersas granulaciones a causa de la mayor densidad de la lámina VI en relación con la lámina Vb, la consideramos como de **tipo infraditior.**

L. t.—La lámina VI denominada por Vogt triangularis, está constituída por células alargadas, fusiformes, algunas de las que toman el carácter de **Spindel zellen;** hay muy escasos elementos triangulares, y en general en agrupación densa.

L. f.—Escasos, muy afilados, y penetrantes en la sustancia blanca vecina con los elementos que constituyen esta lámina. **Tipo transgrediens.**

Cerebro 65.

En el cerebro 65 el campo 51 que estamos estudiando presenta una anchura mayor que en el cerebro 64; mas, sus características citológicas lo hacen enteramente homologable al del cerebro 64.

Como en éste, los campos se caracterizan por la finura y forma alargada de sus células. Especial forma angulosa de éstas no hay; más bien presentan sus bordes contorneados en la lámina piramidal, y ligeramente angulosos, en la lámina ganglionar.

Los detalles de la estructura de esta capa son los siguientes:

L. z.—Anchura mediana con regular contenido celular.

L. c.—Anchura pequeña, con abundante contenido de corpúsculo fino y de pequeñísimas células piramidales.

L. p.—Ancha, densa y uniformemente ocupada por abundantes células de tamaño en general pequeño, que pueden distribuírse

en dos subláminas: III_{2+1} formada por células de tamaño mediano predominantemente y pequeño; y III_3 constituída por células de tamaño mayor. Estos elementos están mejor distribuídos que en el cerebro 64, sin presentar aquellas agrupaciones celulares a las que nos referimos al describir este campo del cerebro 64. Abundantes granulaciones se encuentran esparcidas libremente en esta lámina, cuyos límites pueden apreciarse bien a causa de la escasa presencia de granos, tanto en las capas superiores como inferiores de ella.

L. gr.—La anchura es mayor que en el cerebro 64 y el contenido granular menos disperso, y constituído por elemento muy pequeño, sin llegar a la finura particular de la misma lámina en el cerebro 64.

L. gl.—Anchura mediana; subdividida en dos capas, una Va formada por elementos triangulares, pequeños, abundantes y ligeramente alargados, y otra Vb, constituída por elementos menos pequeños, menos triangulares y más particularmente alargados. Tipo **infraditior,** a causa de la mayor abundancia de elementos celulares en la capa VI que en la Vb.

L. t.—Está densamente ocupada por células alargadas, fusiformes, no de bordes angulosos, sino más bien redondeados, ligeramente dispuestos en serie. Granulación escasa y dispersa se insinúa en esta capa.

L. f.—Anchura mediana, constituída por elemento muy fino, muy escaso, que penetra en las capas vecinas de la sustancia blanca. A causa de este último carácter la clasificamos como de **Tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

La sustancia gris es ancha, y en general, muy homologable con los dos cerebros anteriores, las diferentes capas que lo constituyen.

L. z.—Anchura mediana con relativamente regular cantidad de elementos celulares.

L. c.—Anchura mediana ocupada por granulaciones pequeñas y escasas, y por muy pequeñas células piramidales.

L. p.—Anchura mediana, densamente ocupada por células piramidales de bordes contorneados, ligeramente ordenados en serie, que pueden distribuírse de acuerdo con sus dimensiones en dos subláminas: III_{1+2} de células medianas y pequeñas; y III_3 de células un poco más grandes. Cantidad discreta de granulación muy fina, gliótica, se encuentra en esta capa, cuyo borde inferior es más preciso que el superior, a causa de la ninguna o escasa penetración de las granulaciones de la lámina IV en la lámina suprayacente.

L. gr.—Anchura mediana, ocupada por granulación pequeña y por una que otra célula piramidal también pequeña.

L. gl.—Anchura mediana distribuída en dos subláminas: sublámina Va constituída por células piramidales abundantes, de tamaño mediano, y ligeramente alargadas; y sublámina Vb ocupada por células de relativamente menor tamaño que las anteriores; de aspecto menos alargado y más redondeadas. A causa de que la densidad celular en la capa Vb es aproximadamente igual a la de la VI, la consideramos de **Tipo aequodives**.

L. t.—Esta lámina está ocupada en manera densa por elementos alargados u ovalados distribuídos ligeramente en serie.

L. f.—Capa ancha, formada por elementos fusiformes y alargados, muchos de los cuales penetran en la sustancia blanca vecina. **Tipo transgrediens**.

Resumen.

Podemos resumir así las características de la capa 51:

Corteza gris ancha; finura y delgadez particular de los elementos celulares que constituyen sus diferentes capas; particular pequeño tamaño de las células de la lámina ganglionar, lo que nos permite denominarla **parvoganglionaris**; especial pequeñez de las granulaciones en la capa II y IV. De acuerdo con la designación de Vogt, podemos resumir así sus características:

Mediozonalis; medio—, sparso—, parvocorpuscular, medio—, denso—, parvo—, bipiramidal; medio—, denso—, parvogranular; medio—, módico—, parvoganglionar; medio—, denso—, parvotriangular; tenui—, parvofusiformis; transgrediens.

Campo 50

Cerebro 64.

Sustancia gris de anchura mediana.

L. z.—Anchura mediana con discreto contenido celular.

L. e.—Anchura mediana; contenido denso de granulaciones y células piramidales pequeñas; poca penetración de las primeras en las capas vecinas.

L. p.—Anchura mediana; densamente ocupada por células piramidales, ordenadas en serie y distribuídas en tres subláminas: III_1 con células piramidales pequeñas, III_2 con medianas y III_3 con grandes; éstas en mayor número que las anteriores, constituyendo una lámina que llama la atención por su ordenación, dimensión celular y densidad. Tanto el límite superior como el inferior de esta lámina son bastante precisos; las células son angulares, de bordes agudos, con las extremidades puntiagudas dirigidas perpendicularmente a la superficie. Discreta cantidad de granulación gliótica esparcida indistintamente. El hecho de que las células de la sublámina III_1 se aproximen en semejanza de dimensiones a la sublámina III_2 hace que la consideremos como de **Tipo extremosimilis.**

L. gr. Anchura mediana; densamente ocupada por granulaciones y pr células piramidales de medianas dimensiones. Hay muy poca penetración de los elementos granulares constituyentes de esta lámina a las vecinas, por lo que sus límites son bastante precisos.

L. gl.—Anchura mediana; densamente ocupada por células ganglionares que se distribuyen en tres subláminas:

Va, con elementos ganglionares pequeños y algo agrupados; Vb con elementos ganglionares algo más abundantes y de tamaño mayor que los anteriores; Vc con elementos ganglionares de mayor tamaño que los anteriores y ligeramente alargados.

L. t.—Anchura mediana densamente ocupada por células ovaladas, alargadas, que al agruparse en forma más compacta que en la lámina **ganglionaris**, hace que la consideremos como de **Tipo infraditior.**

L. f.—De grande anchura, constituída por elementos fusiformes en relativa escasa cantidad. Hay poca penetración de sus elementos en la sustancia blanca vecina, por lo que la consideramos de **Tipo limitatus.**

Cerebro 65.

La sustancia gris a este nivel es de anchura ligeramente mayor que en el cerebro 64. Sus características citoarquitecturales son las siguientes:

L. z.—Anchura mediana con muy escaso contenido celular.

L. c.—Anchura más que mediana; lámina ocupada por discreta cantidad de granulaciones pequeñas y células piramidales también pequeñas. Límite superior e inferior de esta capa bastante precisos.

L. p.—Lámina de grande anchura ocupada por células piramidales de contornos agudos y bien definidos, distribuídos de conformidad con sus dimensiones pequeñas, medianas y grandes, en tres subláminas: III_1, III_2 y III_3. El hecho de que las células que constituyen la capa III_1 sean de dimensiones aproximadas a la III_2 hace que la consideremos como de **Tipo extremosimilis.**

L. gr.—Esta lámina de anchura mediana está muy discretamente ocupada por corpúsculos y células piramidales pequeñas, siendo de advertir que ambos elementos son de dimensión más pequeña que en la capa II, lo que no ocurre en el cerebro 64, donde los granos y las células de la capa II son de dimensiones aproximadamente semejantes a los granos y células de la capa IV. El hecho que las granulaciones de esta capa penetren en las capas inmediatas de la lámina **ganglionaris** hace que la consideremos como de **Tipo infragranularis.**

L. gl.—Esta capa de anchura mediana ocupada por células de tamaño más mediano que pequeño, de contornos ovalados y algunas de bordes angulosos presenta una especie de disposición a causa

de la magnitud de los elementos que la constituyen, de su modo de agruparse y de la intervención de los granos de la capa IV en la capa superior de la Va. Podemos considerar en ella tres subláminas: Va, formada por elemento pequeño y granulaciones; Vb formada por elemento ganglionar mediano sin granulaciones, o muy escasas, y Vc constituída por células ovaladas y algunas alargadas, francamente fusiformes.

L. t.—Lámina de grande anchura, discretamente ocupada por células ovaladas y triangulares, alargadas.

L. f.—Lámina ancha, ocupada por muy pocos elementos fusiformes que penetran a la sustancia blanca vecina.

Cerebro 58.

Corteza gris de anchura aproximadamente igual a la de los cerebros anteriores. Sus características citoarquitecturales son las siguientes:

L. z.—Anchura mediana bastante ocupada por elementos celulares.

L. c.—Lámina de anchura mediana, ocupada por células y granos de tamaño mediano y pequeño. La existencia en esta capa de las células piriformes medianas hace que la consideremos del **Tipo partimaliquantocorpuscular.**

L. p.—Esta lámina de anchura mediana está densamente ocupada por células piramidales de borde redondeado, muy pocas triangulares, que pueden distribuírse de acuerdo con sus dimensiones pequeñas, medianas y grandes, en tres subláminas: III_1, III_2 y III_3. Es manifiesta la existencia de células piramidales pequeñas en la lámina corpuscular, así como la existencia de granulaciones en la subláminas piramidal III_3.

L. gr.—Granulaciones pequeñas y células piramidales de la misma dimensión ocupan esta lámina en forma relativamente densa. El hecho de la presencia de granulaciones en las capas inferiores de la lámina **piramidalis** hace que la consideremos del **Tipo supragranular.**

L. gl.—Esta lámina podemos subdividirla en tres subláminas: una, Va, constituída por células ganglionares pequeñas, densamente

agrupadas y rodeadas de abundantes granulaciones; Vb constituída por células de tamaño mayor que las anteriores, menos densamente agrupadas, reunidas en grupos, sin granulaciones; y Vc constituída por menor número de células de tamaño menor que las de la sublámina Vb, de forma ovalada o redondeada. Un examen cuidadoso de la preparación hacia los bordes señala con bastante precisión la existencia de las tres subláminas mencionadas. Consideramos la lámina ganglionar de este campo como de **Tipo aequodives** a causa de que su densidad es semejante o igual a la de la capa siguiente.

L. t.—Esta lámina, de anchura mediana, está ocupada por numerosos elementos de tipo ovalado o redondeado, aunque no en cuantiosa cantidad.

L. f.—Capa de anchura mediana, ocupada por células de tipo alargado o redondeado, pequeñas y medianas, con manifiesta presencia de ellas en la sustancia blanca vecina.

Resumen.

El campo 50 es uno de los más característicos en la corteza del lóbulo frontal. Lo distinguen las siguientes particularidades: marcada densidad en la lámina corpuscular, cuyos elementos son predominantemente de tipo pequeño; segundo, especial densidad y fisonomía particular de las células que llenan la sublámina piramidal III$_3$, las que disponiéndose en hilera perpendicular a la superficie dan al campo un sello particular; tercero, marcada densidad de la lámina IV, donde se encuentran células granulares de tamaño pequeño predominantemente, y algunas medianas; quinto, marcada densidad en la lámina ganglionar, en la que puede advertirse la distribución en tres subláminas de conformidad con la descripción anterior; sexto, densidad igualmente manifiesta en la capa VI, cuyos elementos celulares son de tipo alargado predominantemente.

De conformidad con la denominación de Vogt consideramos a esta capa dentro del siguiente cuadro:

Mediozonalis—, medio—, denso—, parvocorpuscular; medio—, denso—, tri—, internomultopiramidal; medio—, denso—, parvogranular; supragranular; medio—, denso—, tripiramidal; medio—, denso—, triangular; medio—, sparsofusiforme; limitatus.

Campo 52

Cerebro 64.

No tiene este campo la densidad celular del campo 50, ni se destacan tan manifiestamente las células piramidales en la sublámina III₃, ni son tampoco tan densas las láminas V y VI como ocurre en el mencionado campo 50. El aspecto que muestran los preparados microscópicos y las fotografías es mas bien "granuloso". Bajo la forma de granos dispersos destácanse muy aparentemente las células que constituyen las láminas III y V principalmente. Este aspecto granulado especial del campo sin aquella ordenación tan evidente del campo 50 es lo que le da característica particular. Sus detalles citoarquitecturales son los siguientes:

L. z.—Lámina de anchura mediana ocupada por discreta cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina de anchura más que mediana ocupada por granulación pequeña predominantemente.

L. p.—Lámina de anchura mediana ocupada por células piramidales de bordes agudos o redondeados otros, repartidos un poco desordenadamente en las diferentes porciones de la capa, lo que le da un típico aspecto granular. Se divide en tres sublámina, de acuerdo con sus dimensiones pequeñas, medianas o grandes: III₁ III₂ y III₃ respectivamente.

L. gr.—Lámina de anchura mediana ocupada por granulaciones de ligeramente mayor dimensión que en el campo 50, y por algunas células triangulares pequeñas. El hecho de presentar las últimas capas de la lámina III₃ relativa abundante cantidad de granulaciones hace que la consideremos como de **Tipo supragranular.**

L. gl.—Lámina angosta constituída por escasos elementos distribuídos en dos subcapas: Va, con células pequeñas, ovaladas y li-

geramente alargadas, y Vb con células de mayor tamaño también alargadas. Debido a su densidad celular es semejante a la capa V; es de **Tipo aequodives.**

L. t.—Capa de anchura mediana, ocupada por discreta cantidad de células alargadas, ovaladas o de borde redondeado.

L. f.—Capa de anchura mediana, ocupada por elementos alargados poco abundantes; algunos de ellos penetran en la sustancia blanca vecina.

Cerebro 65.

Sustancia gris de anchura mediana.

L. z.—Anchura mediana; escasa cantidad de elementos celulares.

L. e.—Anchura mediana; granulación mediana y pequeña, predominando la primera.

L. p.—Esta lámina presenta las mismas características que en el cerebro 64. Es típico el aspecto granuloso y la forma de bordes angulosos de las células que lo constituyen. De acuerdo con sus dimensiones pequeñas, medianas y grandes, esta lámina se divide en tres subláminas: III_1 III_2 y III_3, respectivamente.

Muy poca penetración de granulaciones en la sublámina III_3.

L. gr.—Capa de anchura mediana, presencia discreta de granulaciones pequeñas y de células de las mismas dimensiones.

L. gl.—Aspecto granular típico. Dos subláminas: Va, con elementos ganglionares pequeños y Vb con elemento ganglionar de mayores dimensiones. En ambas subláminas la cantidad de elementos constituyentes es discreta. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina de anchura mediana ocupada por elemento alargado en sus extremidades, y de bordes predominantemente redondeados.

L. f.—Capa de anchura mediana; presencia discreta de elementos pequeños alargados no penetrantes en la sustancia blanca vecina. **Tipo limitatus.**

Cerebro 58.

Corteza gris de anchura mediana. Típico aspecto granuloso en sus diferentes capas, lo que la hace enteramente homologable al campo 52 de los cerebros anteriores.

L. z.—Lámina de anchura mediana; discreto contenido celular.

L. c.—Lámina de anchura mediana con células corpusculares medianas y pequeñas.

L. p.—Aspecto "granular" característico. Esta lámina puede dividirse en tres, de acuerdo con las dimensiones de sus células: III_1 III_2 y III_3. Manifiesta penetración de las granulaciones en la sublámina III_3.

L. gr.—Lámina de anchura mediana ocupada por regular cantidad de granulaciones y células pequeñas. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Anchura mediana; dividida en dos subláminas: Va con células ganglionares pequeñas y Vb con células ganglionares de mayor tamaño. Es manifiesto el aspecto desordenado con que se presentan las células constituyentes de esta lámina, circunstancia que la distingue de sus vecinas.

L. t.—Anchura mediana; regular cantidad de elementos triangulares y ovalados, en distribución desordenada. El hecho de ser la densidad de esta lámina semejante a la de la anterior, hace que la consideremos como de **Tipo aequodives.**

L. f.—Lámina de anchura mediana, cuyos elementos no son fusiformes, sino más bien triangulares u ovalados.

Resumen.

La corteza gris al nivel del campo 52 es de anchura mediana; es típico el aspecto granuloso de sus diferentes capas, debido a la manera dispersa y fuertemente destacada como se presentan las células que en ellas se encuentran. Las células piramidales grandes de la sublámina III_3 no son tan abundantes ni se destacan en hilera paralela a la superficie de la corteza como en el campo 50, ni son de bordes angulosos, sino más bien redondeados y su densidad relativamente menor que en el referido campo 50. Fuertes

imágenes celulares se destacan manifiestamente en el campo 50 haciendo resaltar claramente los grupos que constituyen las láminas III y V. No ocurre lo mismo con el campo 52, en donde las células son menos manifiestas y relativamente menor la densidad de sus capas. Al hablar del campo 50 hemos mencionado la existencia de agrupaciones celulares pequeñas al nivel de la lámina ganglionar, a manera de enjambre de pequeños elementos celulares, rodeando una o algunas células de mayor dimensión. Tal apariencia es muy particular al campo 50, circunstancia que no se encuentra en el campo 52.

De conformidad con la nomenclatura del profesor Vogt podemos resumir así las características de este campo:

Mediozonalis; medio—, denso—, partimaliquantocorpuscular; medio—, denso—, tripiramidal; medio—, denso—, aliquantogranular; medio—, denso—, tri—, internomultoparvoganglionar; supragranular; supraditior; medio—, denso—, aliquantotriangular; medio—, sparso—, parvofusiforme; limitatus.

Campo 52a.

Semejantes al campo 52, hemos encontrado en los tres cerebros examinados los campos 52a, 52b y 52c, con características arquitecturales tales que se prestan a considerarlos independientes. Vamos a dar su descripción en detalle.

Cerebro 64.

La corteza gris es ancha a este nivel.

L. z.—Anchura mediana; escasa cantidad de elementos celulares.

L. c.—Lámina angosta con escasa cantidad de "células corpusculares", de tamaño pequeño.

L. p.—Las células piramidales que componen este campo tienen apariencia morfológica y densidad más uniforme que en el campo

52. Sus células están ligeramente ordenadas en serie, lo que lo distingue del 52. Podemos considerar como en éste tres subláminas: III_1, III_2 y III_3, de acuerdo con sus dimensiones pequeñas, medianas y grandes, con la circunstancia de que estas últimas ocupan espacio más grande y se encuentran en mayor número que en el campo 52. Un examen de las fotografías hace resaltar esta circunstancia. Puede verse en efecto que la lámina está más plenamente ocupada, y que no existen los espacios "vacíos" del campo 52. Las células de esta lámina son un poco más alargadas, ligeramente ovalares, aunque las hay también de forma triangular.

L. gr.—Esta lámina es considerablemente más ancha que en el campo 52 y densamente ocupada por granulaciones medianas y pequeñas, predominando las últimas. No se encuentran granulaciones en las capas III y Va.

L. gl.—Lámina angosta ocupada por elementos ganglionares de forma predominantemente triangular, pequeñas en Va y grandes en Vb, siendo la cantidad de células mayor en la primera que en la segunda. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina de anchura mediana ocupada por escaso elemento de forma alargada u ovalada.

L. f.—Lámina ancha ocupada por elemento alargado, más fino que en la lámina anterior. **Tipo limitatus.**

Cerebro 65.

Corteza gris bastante ancha.

L. z.—Lámina ancha con pobre contenido celular.

L. e.—Lámina angosta con escaso contenido de granulación fina.

L. p.—Lámina ancha, con muy escasos elementos celulares, a tal extremo que podemos considerarla como una de las más particularmente pobres en células. Examinando esta lámina con detalle se nota con precisión la existencia de pequeñas y escasas células en la subLámina III_1, con algunas granulaciones; muy escasas también y de tamaño mediano las células en la lámina III_2; y de tamaño grande y particularmente escasas con algunas granu-

laciones en la subláminas III_3. El hecho de que la densidad celular sea semejante en las subláminas III_2 y III_3 hace que la consideremos como de **Tipo extremodissimilis.** Además, y examinando las vertientes del campo podemos observar la relativa considerable anchura de la subláminas III_1.

L. gr.—Lámina ancha, con discreta cantidad de granulaciones pequeñas y algunas muy pequeñas células piramidales. Escasa o ninguna penetración de las granulaciones en las subláminas III_3 y Va.

L. gl.—Si comparamos esta lámina con la similar del campo 52, advertimos con toda claridad la pobreza particular de los elementos que la forman y su tamaño manifiestamente pequeño. De acuerdo con la dimensión celular podemos distinguir en esta capa dos subláminas: una Va constituída por elemento ganglionar muy pequeño y escaso; y otra Vb constituída por elemento celular ligeramente más grande, y considerablemente más escaso. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina relativamente angosta provista de elemento celular de tipo particularmente fino y alargado.

L. f.—Lámina de anchura mediana provista de elemento escaso y pequeño. **Tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

Es bastante homologable el campo 52a de este cerebro con el del 64, caracterizándoles a ambos la densidad de sus diferentes láminas y la uniformidad bastante manifiesta de las células en la lámina III, a tal punto que si no fuera por un examen cuidadoso podría decirse que la dimensión celular en esta lámina es uniforme, mas, examinándolas con detalle se nota su división en dos subláminas: III_1 ocupada por elemento pequeño, y III_2 por células ligeramente más grandes que las anteriores.

Además de la característica mencionada llama la atención la densidad celular y las dimensiones mayores de las células que forman las láminas V y VI; y particularmente la densidad y el

mayor grosor de los gránulos en las láminas II y IV. Los caracteres en detalle de este campo en el cerebro 58 son los siguientes:

L. z.—Lámina ancha con abundante contenido celular.

L. c.—Lámina de anchura mediana densamente provista por granulación de tipo medio y por células medianas predominantemente.

L. p.—Lámina de anchura mediana, densamente provista de células piramidales de aparente uniforme dimensión y que ocupan el campo en forma uniforme y algo compacta. Células de iguales dimensiones ocupan los dos tercios internos de la lámina, quedando el tercio externo constituído por abundantes elementos de tipo ligeramente más pequeño.

L. gr.—Lámina de anchura mediana, densamente ocupada por granulaciones y células de mediana dimensión. Límites de esta capa, preciso hacia arriba, borroso hacia abajo, donde la relación entre células ganglionares y granulaciones hace impreciso el límite inferior.

L. gl.—Esta lámina relativamente angosta está ocupada por abundantes células pequeñas en Va y un poco más grandes en Vb, siendo más abundantes en la primera que en la segunda.

L. t.—Lámina ancha, ocupada por abundante elemento ovalado o redondeado, circunstancia esta última que parece ser característica del cerebro 58, ya que estas células en los otros cerebros presentan la característica alargada y delgada. Es considerable el contenido celular en esta lámina.

L. f.—Lámina de anchura mediana, pobremente ocupada por células pequeñas, ovalares o redondeadas con poca tendencia de penetración en la sustancia blanca vecina.

Resumen.

Son características de este campo las siguientes: primero, marcada anchura de la corteza gris; segundo, presencia de granulación mediana en la capa corpuscular; tercero, carácter aparentemente uniforme en dimensiones, en ordenación y en densidad de la lámina piramidal, con presencia de células grandes en zonas apartadas

de la lámina granular (IV); cuarto, marcada anchura y marcada densidad en la lámina IV con presencia de granulaciones y células granulares medianas; quinto, riqueza celular y marcada forma triangular de las células; sexto, densidad celular y elementos de forma ligeramente alargada y ovalada; y séptimo, fuerte densidad celular y elementos de tipo alargado y fino en la lámina VII.

De conformidad con la nomenclatura de Vogt, calificamos así este campo:

Medio—, sparsozonalis; tenui—, medioparvocorpuscular; lato—, denso—, tripiramidal; lato—, densoparvogranular; tenui—, bi—, internomultoganglionar; medio—, triangular; lato—, densofusiforme; limitatus.

Campo 52b.

Cerebro 64.

No cabe la posibilidad de confundir el campo 52 con el campo 52a. Las diferencias son ostensibles, ya que examinando sólo las microfotografías en visión panorámica puede advertirse la ninguna posibilidad de confundirlos. El campo que se le asemeja algo es el 52, mas, el examen detallado da a conocer particularidades especiales que lo hacen enteramente distinto a aquél. El carácter que más llama la atención es el de la pequeñez celular, sin que esta circunstancia llegue a alcanzar el grado del campo 51, donde la finura y la delgadez de las células, sobre todo en las capas inferiores a la lámina granular, es un hecho que llama la atención en la arquitectura celular del lóbulo frontal. La corteza gris es un poco estrecha a este nivel.

L. z.—Esta lámina es visiblemente más ancha que en el campo 52.

L. c.—Si bien esta lámina tiene la anchura del campo 52, sus granulaciones en cambio son muy pequeñas y más densamente dispuestas. El límite inferior de esta lámina es bien preciso, dada la circunstancia de que las granulaciones se encierran dentro de su marco fundamentalmente.

L. p.—La disposición que presentan las células de esta lámina es algo semejante a la que presentan en el campo 52: las células

están acá y allá dispuestas, dejando entre ellas especies de vacíos donde es escaso el elemento celular. Los elementos de esta lámina son más pequeños que los del campo 52 y sus bordes particularmente angulosos. Dos son las subláminas en las que es posible dividir la lámina piramidal: sublámina III_1 ancha, con abundante cantidad de elemento piramidal pequeño y III_{2+3} ocupada por células medianas, algunas pequeñas, y muy escasas células piramidales grandes. El aspecto que da esta lámina es también granular, pero el elemento que lo llena es más pequeño, destacado y de mayor apariencia angulosa.

L. gr.—Esta lámina de anchura mediana está ocupada por granulación fina en su mayor parte. En algunos sitios del campo la lámina se estrecha y el contenido celular se hace más discreto. El espesor de esta capa no es, pues, uniforme, habiendo lugares en donde la granulación se presenta escasa. Este carácter y el de la presencia de células piramidales medianas provenientes de la lámina ganglionar es lo que nos ha llamado particularmente la atención.

L. gl.—Esta lámina tampoco se encuentra uniformemente ocupadas por células, grupos de éstas, de dimensiones distintas, triangulares unas veces, pequeñas y ovaladas otras, la ocupan dejando espacios ocupados por células extraordinariamente pequeñas (células corpusculares) o por granulaciones de muy pequeña dimensión. Esta forma de ocupación irregular de la lámina por las células que la llenan le da aquel aspecto granuloso particular. Presenta tres clases de elementos celulares, unos muy pequeños agrupados cerca de la lámina granular; otros de dimensiones mayores en Vb y otros más escasos, alargados en Vc.

L. t.—Esta lámina de anchura mediana está plena de elemento alargado y pequeño.

L. f.—Lámina de anchura mediana constituída por discreta cantidad de elemento fusiforme.

Cerebro 65.

En este cerebro tampoco cabe la posibilidad de confundir el campo 52a con el 52b. Basta el examen panorámico de las microfo-

tografías para darse cuenta de esta diferencia. Los detalles cito-arquitecturales son los siguientes: corteza gris de mediana anchura relativamente más delgada que al nivel del campo 52a.

I. z.—Lámina de anchura mediana, ocupada por abundante elemento celular.

L. c.—Lámina de anchura mediana, ocupada por granulación muy pequeña y algunas células piramidales de escasa dimensión. La densidad celular de esta capa es manifiestamente mayor que la respectiva de los campos 52 y 52a.

L. p.—Esta lámina relativamente angosta está ocupada predominantemente por células piramidales pequeñas y medianas. Tampoco esta uniformemente ocupada; existen espacios donde hay predominio de células piramidales y otros en donde no se encuentran éstas o únicamente granulaciones y algunas pequeñas células. Semejante carácter le da el aspecto granular a que nos hemos referido al ocuparnos del campo 52; mas, hay que advertir la granulación, que en este caso es mas pequeña y abundante.

Dos son las subláminas en que se divide esta capa: sublámina III_1 constituída por células pequeñas y sublámina III_{2+3} constituída por células mayores. Particular característica de este campo es la presencia de células piramidales muy pequeñas en las vecindades de la capa granular, circunstancia que encontramos característica y que no hemos encontrado sino en forma muy discreta en el cerebro 64.

L. gr.—Esta lámina de anchura mediana está ocupada por granulación fina, compacta sólo en algunos sitios y en otros dispersa, entremezclada con abundantes células piramidales muy pequeñas.

L. gl.—Esta lámina, muy angosta, está ocupada por células ganglionares que se pueden distribuír en tres subláminas: pequeñas y acuminadas en Va; medianas y escasas en Vb y alargadas y particularmente más escasas aún en Vc con regular cantidad de granulación fina.

L. t.—Lámina de anchura mediana, ocupada por abundante cantidad de células alargadas y distribuídas en serie.

L .f.—Lámina de anchura mediana, ocupada por elemento fino con poca tendencia de penetración en la sustancia blanca vecina.

Cerebro 58.

Es muy distinto el campo 52b al 52a. Un examen panorámico de las preparaciones establecen ya las especiales diferencias. Veamos en la presente descripción sus caracteres particulares que aparecen en su comparación con los campos 52 y 52b.

L. z.—Esta lámina de grande anchura aunque menos que en el campo 52 está ocupada por discreta cantidad de elemento celular.

L. c.—Esta lámina de mediana anchura está ocupada por "células corpusculares" pequeñas y grandes; una lámina típicamente partimmagnocorpuscular, circunstancia que no presentan los campos 52 y 52a, en los que la capa presenta al lado de la granulación fina, células piramidales de mediana o pequeña dimensión. Además, esta lámina es mucho más densa que en el campo 52 y más aparente por la existencia de células piramidales medianas. No cabe la posibilidad de confundir esta lámina con la similar del campo 52 ni con la del 52a, de la que se aparta por el hecho de ser menos amplia, menos densa en general, de tener mayor número de células piramidales grandes en la capa III.

L. p.—Lámina de anchura mediana; ocupada por elementos piramidales que se destacan con bastante precisión, dada la naturaleza de sus bordes y el modo de su agrupación; las células son pequeñas en la sublámina III_1; medianas en la sublámina III_2, y grandes en la III_3. La poca uniformidad con que se encuentran repartidas; la presencia de agrupaciones celulares de densidad diversa le dan un aspecto también granuloso, pero sin que pueda confundirse por esto con el campo 52, donde si bien el aspecto es igualmente granular, la lámina en cambio es de anchura mayor y menos rica en células.

L. gr.—Esta capa, algo angosta, está ocupada por granulaciones de dimensiones intermedias, entre las finas del campo 52 y las relativamente grandes del campo 52a, encontrándose en medio de

ella muy diversos elementos piramidales de tamaño mediano. Respecto a la infiltración granular a las capas vecinas, es más bien infragranular.

L. gl.—Esta capa, bastante angosta, está constituída por escasos elementos dispersos. Algunos de ellos pequeños pero en grupo, se encuentran íntimamente relacionados con la capa granular; y otros de tamaño mayor se presentan más bien esparcidos.

En la lámina Vb no hay uniformidad de repartición celular: espacios hay donde las células son numerosas, y otros en que los elementos ganglionares se encuentran ausentes o en número muy escaso.

L. t.—Examinando esta lámina en diferentes porciones del campo podemos calificar a sus elementos de predominantemente triangulares, particularmente a los lados del campo, en tanto que en la dirección de la cúspide la forma celular es alargada. Su densidad siendo bastante marcada, no presenta gran diferencia con la de la lámina V, por lo que la consideramos de **Tipo aequodives.**

L. f.—Esta lámina relativamente ancha, está ocupada por células pequeñas y alargadas, de borde redondeado, muchas de las cuales penetran en la sustancia blanca vecina. **Tipo transgrediens.**

Resumen.—Los caracteres generales de este campo son los siguientes: primero, corteza de anchura mediana; segundo, aspecto "granuloso" de sus láminas debido a su irregular distribución celular y a la presencia en la lámina III de células piramidales medianas y grandes que se destacan en diversos planos; tercero, lámina granular de pequeña anchura con contenido celular predominantemente pequeño; cuarto, presencia de pequeñas células ganglionares en grupos, muy directamente en las vecindades de la lámina IV; quinto, angosta lámina ganglionar Vb con elementos en grupos; sexto, mediana anchura de la lámina triangular, con elementos de esta forma en densidad semejante a la lámina V. **Tipo aequodives**; séptimo, mediana anchura de la lámina VII provista de elemento relativamente abundante, pequeño y de contornos ovalados.

En tanto que la lámina corpuscular del cerebro 64 está provista de "células corpusculares" pequeñas exclusivamente, tipo

parvocelular, la misma lámina en los cerebros 65 y 58 presenta células piramidales de las mismas dimensiones que las que ocupan la lámina III, lo que les da el **Tipo partimmagno corpuscular** que se manifiesta particularmente evidente en el cerebro 58.

De conformidad con la nomenclatura de Vogt resumimos así los caracteres del campo 52b:

Latozonalis; medio—, partimmagnocorpuscular; medio,— sparso—, bipiramidal; medio—, denso—, parvogranular; infragranular; medio—, tenui—, módico—, bi—, internoparvoganglionar; aequodives; medio—, módicotriangular; medio—, módicofusiforme; transgrediens.

Campo 52c.

Cerebro 64.

En el curso de nuestros estudios en el campo 52 nos hemos encontrado con particularidades tales de la corteza a este nivel, que era francamente clara la existencia de un campo distinto a los campos 52, 52a y 52b. Se trata, pues, de un campo especial al que designamos con el nombre de 52c. Sus caracteres son los siguientes:

Corteza gris de anchura mediana. Densidad celular bastante marcada en sus diferentes láminas y particular pequeñez y forma de las células que las ocupan.

L. z.—Considerable anchura; abundantemente ocupada por elementos celulares muy finos.

L. c.—Lámina de muy poca anchura ocupada por granulaciones y células muy pequeñas, en abundante cantidad. La pequeña dimensión de las células que ocupan esta lámina es un carácter que las distingue de sus similares en los campos 52, 52a y 52b, razón por la que calificamos a esta lámina como parvocelular.

L. p.—Esta lámina de anchura mediana está ocupada por células pequeñas, piramidales, de bordes agudos, casi todas ellas de dimensiones muy pequeñas, hecho característico que sirve para distinguirla del campo 52. Las células según sus dimensiones pue-

den agruparse en tres subláminas: III_1, III_2 y III_3, de pequeños, medianos y grandes elementos respectivamente.

L. gr.—Esta lámina relativamente ancha está ocupada por abundante granulación fina y elementos triangulares muy pequeños. Sus límites son relativamente precisos, habiendo sólo una escasa presencia de sus elementos en la capa V.

L. gl.—Esta lámina de anchura mediana está ocupada por células ganglionares en su conjunto pequeñas y abundantes, sin alcanzar las dimensiones de las de los campos 52a y 52b, pero sí superándolas en número: dos subláminas pueden figurar en la lámina V de este campo; sublámina Va constituída por escasas células de tamaño mediano y pequeño, con evidente presencia de granulaciones, y sublámina Vb, constituída por células de un poco mayor tamaño y más abundantes.

L. t.—Lámina de anchura mediana, ocupada por células pequeñas, finas, alargadas y relativamente abundantes.

L. f.—Lámina de anchura mediana constituída por regular cantidad de células muy pequeñas y alargadas. **Tipo limitatus.**

Cerebro 65.

La anchura de la corteza es a este nivel considerable. Los caracteres particulares al campo son los siguientes:

L. z.—Lámina de anchura mediana. Discreta cantidad de elementos celulares finos.

L. e.—Lámina angosta ocupada por muy pequeña cantidad de elemento celular y granulaciones pequeñas.

L. p.—Lámina ancha, ocupada por células piramidales, de bordes agudos, distribuídos en tres subláminas, III_1, III_2 y III_3, de pequeñas, medianas y grandes células respectivamente. A causa de que las dimensiones de las células de la sublámina III_3 son aproximadas a las de la III_1, las consideramos como del **Tipo extremosimilis.** En esta lámina se destacan las células piramidales en forma muy dispersa, de tal manera que sólo se las encuentra en diversas y distintas partes de la lámina, estando ocupada el resto de ella por células piramidales más pequeñas o de disposición y apariencia menos aparente.

L. gr.—Esta lámina de anchura pequeña está muy discretamente ocupada por granulación pequeña y por escasas células piramidales. Los límites de esta lámina con los campos vecinos son relativamente precisos.

L. gl.—Lámina de anchura mediana ocupada por células ganglionares medianas y pequeñas, de bordes angulosos, que se encuentran agrupadas en dos subláminas: Va, con abundantes células ganglionares y Vb con elementos en menor número.

L. t.—Lámina de anchura mediana constituída por escasas células de forma ovalada, con extremidad puntiaguda dirigida hacia la superficie de la corteza.

L. f.—Lámina de anchura mediana ocupada por escaso elemento celular, pequeño, ovalado, y alguno que otro fusiforme. **Tipo transgrediens**.

Cerebro 58.

Corteza gris de anchura mediana.

L. z.—Anchura mediana, discreta cantidad de elemento celular fino.

L. c.—Esta lámina es ancha y está constituída por granulación que podríamos calificarla de mediana, de acuerdo con sus dimensiones y por células piramidales, algunas muy pequeñas, y otras de tamaño mediano. De acuerdo con este carácter la clasificamos de **tipo Partimaliquantocorpuscular.**

L. p.—Esta lámina está ocupada por células de dimensiones aparentemente iguales y de distribución dispersa. Sin embargo, un examen detallado muestra la existencia de tres subláminas, de pequeñas, medianas y grandes células, yendo de arriba a abajo, respectivamente. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina ancha, ocupada por abundante cantidad de granulaciones de dimensión mediana. Límites de esta lámina relativamente precisos.

L. gl.—Lámina ocupada por células ganglionares de bordes agudos distribuídos en dos capas: Va con abundante cantidad de células ganglionares de tamaño mediano y Vb con células de las mismas dimensiones y caracteres, aunque en menor número.

L. t.—Lámina ancha, ocupada por abundantes células de tipo ovalado o redondeado, distribuídas en forma irregular.

L. f.—Lámina de anchura mediana, ocupada por elemento pequeño y redondeado.

Resumen.—Se caracteriza este campo por las dimensiones pequeñas de las células en las diferentes láminas; por la relativa densidad del campo II y IV; por la presencia de elementos piramidales, grandes, medianos y pequeños en la capa III3, de tal manera que dominan unos y otros en forma irregular. En la ilustración que corresponde a este campo en el cerebro 64 es donde esta circunstancia llama particularmente la atención. Es particular a esta zona la pequeñez de los elementos que ocupan la lámina V y su correspondiente densidad, así como la pequeñez y densidad del campo VI. De acuerdo con la nomenclatura de Vogt resumimos así los caracteres del campo 52c.:

Latozonalis; medio—, denso—, partimaliquantocorpuscular; medio—, denso—, tripiramidal; medio—, denso; parvo—, infragranular; medio—, denso—, bi—, internomultoganglionar; medio—, denso—, parvotriangular; medio—, sparso—, parvofusiforme; limitatus.

Campo 53.

Se caracteriza por la corteza considerablemente ancha y porque los elementos celulares que la constituyen son por lo general de tamaño mediano y pequeño. Sus caracteres particulares son los siguientes:

Cerebro 64.

L. z.—Lámina ancha, ocupada por discreta cantidad de elemento celular pequeño.

L. e.—Lámina angosta, constituída por relativamente escasos corpúsculos muy pequeños y por uno que otro elemento piramidal pequeño.

L. p.—Esta lámina de considerable anchura está ocupada por células de tamaño mediano y pequeño en su conjunto. Presenta tres subláminas de acuerdo con las dimensiones de sus células: III_1, III_2 y III_3, de pequeñas, medianas y grandes células respectivamente. No todas las células del campo III_2 son de tamaño mediano, las hay también pequeñas, así como en el campo III_3 se encuentran células de medianas dimensiones, dominando naturalmente las de tamaño mayor. Se advierte en esta lámina una tendencia a la disposición en serie a los elementos que la constituyen.

L. gr.—Lámina de anchura mediana ocupada por abundante cantidad de granulación pequeña y una que otra célula ganglionar triangular. Los límites de esta lámina son precisos.

L. gl.—Lámina de discreta anchura ocupada por relativamente escasos elementos de tamaño predominantemente pequeño o mediano y de forma redondeada u ovalada. Se divide en dos subláminas: Va constituído por elementos pequeños y Vb por elemento mediano, la primera ligeramente más rica en células que la segunda. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina de anchura mediana ocupada por elemento celular oblongado y alargado, y alguno fusiforme, en cantidad regular y en ligera disposición ordenada.

L. f.—Lámina de alguna anchura ocupada por células pequeñas de aspecto más bien oblongado que alargado; **Tipo limitatus.**

Cerebro 65.

La corteza gris es considerablemente ancha. Los caracteres particulares son los siguientes:

L. z.—Lámina ancha ocupada por discreta cantidad de elemento celular pequeño.

L. c.—Lámina de anchura mediana, ocupada por muy pequeña cantidad de células corpusculares y células piramidales de pequeña dimensión.

L. p.—Esta lámina de anchura considerable está ocupada por relativamente escasas células, la mayor parte de las cuales son de tamaño mediano. Presenta tres subláminas, constituídas por pe-

queñas, medianas y grandes células, III_1, III_2 y III_3, respectivamente. Como en el cerebro anterior, es interesante la relativa abundancia de células pequeñas en el campo III_3. **Tipo extremosimilis.**

L. gr.—Lámina de anchura mediana con muy esparcidos elementos granulares y células de forma triangular muy pequeñas.

L. gl.—Los elementos que componen esta lámina son relativamente escasos y muy repartidos. Casi de mayor tamaño en Va, de forma triangular predominantemente y en mayor número, y más pequeños y de forma ovalada en Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina relativamente angosta ocupada por elemento celular de tipo ovalado y alargado, en escaso número.

L. f.—Lámina mediana con elemento alargado predominantemente y en escaso número.

Cerebro 58.

La corteza es ancha.

L. z.—Anchura mediana, relativa escasa cantidad de elemento celular.

L. c.—Esta lámina se caracteriza por la presencia casi exclusiva de células piramidales pequeñas con muy escasa cantidad o ausencia del elemento propiamente "corpuscular".

L. p.—Lámina ancha, subdividida en tres subláminas: III_1, III_2 y III_3, de pequeñas, medianas y grandes células respectivamente, presentando como en los campos anteriores la particularidad de que abundante cantidad de células medianas ocupan parte de la lámina piramidal III_3. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Como en el cerebro 65, esta lámina presenta la particularidad de que las granulaciones se encuentran esparcidas y entremezcladas, sea con células piramidales de la capa superior III_3, sea con las células ganglionares de la Va. Además, hay abundancia de células pequeñas oblongadas, o ligeramente alargadas.

L. gl.—Esta lámina de anchura mediana está ocupada por células gruesas, "toscas", redondeadas ligeramente, triangulares, más abundantes en la sublámina Va que en la Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina de anchura mediana ocupada por células redondeadas, anchas, que se destacan por su carácter grueso y tosco. Se encuentran en relativo buen número.

L. f.—Lámina de anchura mediana ocupada por células que tienen parecido aspecto morfológico que las anteriores. **Tipo limitatus.**

Resumen.—Se caracteriza este campo por la considerable anchura de la corteza a este nivel; por el aspecto "acorpuscular" de la lámina II; por la densidad de la lámina piramidal, donde células pequeñas se encuentran ocupando a veces en predominio el territorio de la subIámina III3. En dos de los cerebros—en el 58 y en el 65—hemos encontrado tendencia al aspecto dysgranular de la lámina IV. El aspecto es muy diferente en las láminas V y VI de los tres cerebros examinados. En los cerebros 64 y 65 predominan elementos celulares pequeños, en tanto que en el cerebro 58 las células tienen un particular carácter de grosor y "tosquedad". De acuerdo con la nomenclatura de Vogt, resumimos así los caracteres generales de este campo:

Latozonalis; tenui—, sparso—, parvocorpuscular; lato—, denso—, tripiramidal; extremodissimilis; dysgranular; tenui—, sparso—, parvoganglionar; medio—, sparso—, parvotriangular; aequodives; medio—, sparso—, parvofusiforme; limitatus.

Cerebro 65.

Como variación del campo 53 hemos encontrado en el cerebro 65 los campos 53a, 53b y 53c, con los caracteres siguientes:

Campo 53a.

Corteza gris de grande anchura.

L. z.—Mediana con discreto contenido celular.

L. c.—Mediana, con abundante cantidad de elemento corpuscular y células piramidales pequeñas.

L. p.—Lámina ancha, subdividida en tres capas, III_1, III_2 y III_3 con células pequeñas, medianas y grandes, respectivamente, distribuídas en series ordenadas, dirigidas perpendicularmente a la superficie. No se encuentran en esta lámina aquellas células piramidales grandes con prolongaciones y bordes agudos tan típicas del campo 53b.

L. gr.—Lámina mediana, cantidad módica de elemento granular, no en la forma dispersa que en el campo 53. Infragranular. **Aequodives.**

L. gl.—Lámina ancha (angosta en el campo 53b) ocupada por elemento ganglionar que se reparte en dos capas: elemento mediano francamente anguloso, escaso en Va; pequeño, oval, poco abundante en Vb.

L. t.—Lámina mediana; cantidad módica de células alargadas y oblongadas en mayor cantidad que en la sublámina superior Vb y ordenadas en serie.

L. f.—Lámina ancha, provista de abundante cantidad de células pequeñas y alargadas.

Resumen:

Latozonalis; medio—, módico—, partimaliquantocorpuscular; medio—, módico—, tripiramidal; medio—, módico—, parvogranular; infragranular; medio—, módico—, sparso—, biganglionar; medio—, módico—, parvo—, seriformetriangular; medio—, módico—, parvo-fusiforme.

Campo 53b.

L. z.—Lámina mediana; discreta cantidad de contenido celular.

L. c.—Mediana, con mayor contenido celular que la lámina 53a. Corpúsculo fino.

L. p.—Mediana, dividida en tres subláminas, III_1, III_2 y III_3 de pequeñas, medianas y grandes células, con el carácter especial

de presentar típicas grandes células piramidales de prolongaciones y bordes agudos.

L. gr.—Lámina más ancha que la del campo 53a provista de cantidad módica de granulaciones distribuídas de manera dispersa, lo que no ocurre en el 53a.

L. gl.—Lámina más estrecha que la del campo 53, provista de elementos más pequeños repartidos en dos subláminas: numerosos y de pequeña dimensión, provistos de pequeñas granulaciones en Va; escasos de ligero mayor tamaño, de extremidades agudas en Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina de mucho mayor anchura que la del campo 53a, provista de mayor número de células distribuídas en series ordenadas.

L. f.—Lámina ancha, provista de mayor cantidad de elementos que en el campo 53a, más finos y más alargados.

Resumen:

Mediozonalis; medio—, denso—, parvocorpuscular; medio—módico—, tripiramidal; lato—, módico—, sparsogranular; medio—, módico—, parvo—, internomultoganglionar; medio—, denso—, parvo—, seriformetriangular; lato—, módico—, parvofusiforme.

Campo 53c.

Corteza gris de considerable anchura.

L. z.—Mediana; escasa cantidad de células.

L. c.—Estrecha; cantidad escasa de contenido corpuscular.

L. p.—Ancha, de mucho mayor grosor que en los campos 53a y 53 b; ocupada uniformemente por abundante cantidad de células ordenadas en series perpendiculares a la superficie; distribuíbles en las tres clásicas subláminas. Las células piramidales grandes, o por lo menos aquellas de formas perfectamente definidas que se destaçan con precisión en la lámina tienen distribución distinta a la de los campos 53a y 53b. Parecen estar dispuestas siguiendo lí-

neas paralelas, en las que los elementos estarían colocados en dos series laminares.

L. gr.—Lámina ancha, de considerable mayor grosor que las anteriores, con mayor número de granulaciones y más densa. Infragranular.

L. gl.—Lámina mediana; menor cantidad de células que en el campo 53b, más aisladas, distribuídas en series ordenadas y en dos subláminas: Va, provistas de pequeñas células tipo triangular, rodeadas de abundantes granulaciones, y Vb constituídas por elemento de menor dimensión, escasas, oblongadas en su mayor parte.

L. t.—Lámina mediana, provista de células que se pueden agrupar en dos capas: numerosas, oblangadas y alargadas en VIa: algo más escasas, ligeramente más pequeñas en VIb.

L. f.—Lámina mediana, provista de cantidad módica de elemento celular pequeño y alargado.

Resumen:

Mediozonalis; tenui—, módico—, parvocorpuscular; lato—, denso—, tripiramidal; lato—, sparso—, parvogranular; medio—, módico—, internomultoganglionar; medio—, módico—, parvofusiforme.

Campo 49.

Cerebro 64.

Mediana anchura de la corteza gris.

L. z.—Lámina de anchura mediana ocupada por pequeña cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina de anchura mediana ocupada por muy escasas células corpusculares y por elemento piramidal particularmente pequeño.

L. p.—Lámina de anchura mediana ocupada por abundantes elementos piramidales agrupados en tres subláminas, III_1, III_2 y III_3, de pequeñas, medianas y grandes células respectivamente. Las células piramidales grandes se encuentran en abundancia en la III_3 y particularmente circunscritas en esta zona. **Tipo extremosimilis.**

L. gr.—Lámina de anchura mediana ocupada por granulaciones abundantes y algunas células piramidales pequeñas. **Tipo infragranular**

L. gl.—Anchura mediana; dos subláminas, provistas de células pequeñas en Va y en menor número; y de células de mayor dimensión y más abundantes en Vb. **Tipo supraditior.**

L. t.—Las células que ocupan ésta lámina son relativamente escasas y de apariencia bastante manifiesta por su particular grosor y forma, siendo la mayor parte de ellas triangulares, casi ninguna de tipo fusiforme.

L. f.—Lámina de pequeña anchura ocupada por escasas células de tipo triangular predominantemente.

Cerebro 65.

Corteza gris bastante ancha.

L. z.—Lámina ancha; discreta cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina angosta ocupada por muy escasa cantidad de células corpusculares y por pequeñísimas células de forma piramidal. De la misma manera que en el cerebro anterior llama la atención la casi ausencia de los elementos corpusculares que ordinariamente ocupan esta lámina.

L. p.—Lámina de considerable anchura, con las tres subláminas clásicas, de pequeñas, medianas y grandes células respectivamente, y donde las células piramidales grandes ocupan con predominio la lámina correspondiente. **Extremosimilis.**

L. gr.—Lámina de anchura mediana ocupada por muy escasas y esparcidas granulaciones muy finas, con algunas células piramidales pequeñas. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Esta lámina ancha se subdivide en tres subláminas: Va ocupada por células ganglionares escasas, pequeñas, entremezcladas con granulaciones de la capa IV; Vb por células ganglionares afiladas, alargadas y escasas, entremezcladas con granulaciones muy finas y Vc ocupada por aún más escasas y finas células, entremezcladas también con granulaciones. El aspecto típico

de las células que constituyen esta capa en sus diferentes láminas, da a cada una de ellas su especial característica.

L. t.—Las células que componen esta lámina, de anchura muy reducida, son escasas, pequeñas, alargadas y algunas fusiformes.

L. f.—Capa de regular anchura, ocupada por células alargadas y fusiformes. **Tipo limitatus**.

Cerebro 58.

La corteza es ancha a este nivel.

L. z.—Bastante ancha; contiene discreta cantidad de elemento celular fino.

L. c.—Anchura mediana; presencia de discreta cantidad de corpúsculos pequeños y de células piramidales de aproximadamente las mismas dimensiones que las de la III_1, por lo que la consideramos como de **Tipo partimmagnocorpuscular**.

L. p.—Las células piramidales que ocupan esta lámina tienen forma y distribución muy particulares, distinguiéndose por esta circunstancia de los campos vecinos. Tres son las subláminas de que está constituída esta capa: III_1, III_2 y III_3, de pequeñas, medianas y grandes células respectivamente, sin que las de tipo grande predominen en la subláminna inferior. Podría decirse que el tamaño celular es uniforme en toda la lámina, pero un examen cuidadoso evidencia la división mencionada. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina de anchura mediana ocupada por discreta y muy esparcida granulación con muy pocas células piramidales pequeñas. Hay porciones del campo, a este nivel, en donde las granulaciones son muy escasas, y en donde las células de la lámina piramidal y ganglionar parecen entrar en más inmediato contacto. Sin embargo, en la ilustración que acompaña esta descripción se nota bastante bien la mediana extensión y el contenido de la lámina granular. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Esta lámina está ocupada por abundante elemento celular agrupado en dos subláminas: Va con muy pequeñas células, escasas y entremezcladas con abundante cantidad de granulaciones, y Vb ocupada por elemento celular más fino y abundante. **Tipo supraditior**.

L. t.—Capa de anchura mediana ocupada por elemento mediano y pequeño de forma redondeada u ovalada. con manifiesta disposición a ordenarse en serie.

L. f.—Lámina de anchura mediana ocupada por elemento pequeño y redondeado.

Resumen: Son caracteres generales de este campo los siguientes: primero, considerable anchura de la corteza gris; segundo, presencia uniforme de células ganglionares grandes en la sublámina III_3 de la capa piramidal; tercero, densidad escasa en la capa granular con tendencia a la formación disgranular, circunstancia que se advierte al examinar en conjunto el campo; cuarto, densidad bastante aparente de células en la capa V.

De acuerdo con la denominación de Vogt resumimos así los caracteres del campo 49:

Mediozonalis; medio—, módico—, partimaliquantocorpuscular; medio—, denso—, tripiramidal; extremosilis; medio—, módico—, parvo corpuscular; infragranular; medio—, denso—, bi—, exter-nomulto—, ganglionar; medio—, módico—, magno—, irregular—, triangular; medio—, módico—, fusiforme; limitatus.

Campo 49a.

En el cerebro 65 hemos encontrado en la vecindad del campo 49 una variante citoarquitectural tan marcada, que hemos creído conveniente clasificarla y estudiarla aparte. Sus caracteres son los siguientes:

Corteza gris de mediana anchura.

L. z.—Lámina mediana, discreta cantidad de contenido celular.

L. c.—Lámina angosta, pobre en elemento corpuscular, relativamente rica en elemento piramidal pequeño.

L. p.—Lámina bastante ancha; elemento piramidal predominantemente mediano y pequeño; células piramidales escasas y sólo

en determinados sectores de la lámina; aspecto desordenado en la distribución de las células, lo que lo distingue del campo 49. **Tipo extremosilis**.

L. gr.—Lámina de regular anchura, provista de abundante cantidad de granulaciones y de pequeñas células tipo triangular, caracteres que lo diferencian en forma acentuada del campo 49. **Tipo infragranular**.

L. gl.—Lámina de anchura mediana, ocupada por células que se agrupan en dos capas, la superior, Va provista de cantidad escasa de elemento ganglionar de tamaño mediano y regular cantidad de granulaciones, y la inferior Vb, un poco más ancha, ocupada por elemento celular de ligero mayor tamaño y discreta cantidad de granulación dispersa. Sistema de distribución desordenada.

L. t.—Lámina de anchura mediana, de mayor dimensión que la del campo 49, provista de cantidad módica de elemento celular oblongado y triangular.

L. f.—Lámina de anchura mediana: abundante cantidad de células alargadas y oblongadas. **Tipo limitatus**.

Resumen:

Mediozonalis; tenui—, sparsc—, partimaliquanto corpuscular; medio—, módico; tripiramidal; extremosimilis; medio—, denso; parvo granular; infragranular; medio—, biexternomultoganglionar; aequodives; medio—, módicc—, parvo—, triangular—, tenui—, módico—, parvofusiforme.

Campo 48.

Cerebro 64.

Corteza de anchura mediana

L. z.—Lámina bastante ancha con muy escaso elemento celular.

L. c.—Lámina angosta; escasa cantidad de corpúsculos finos y pequeñísimas células triangulares.

L. p.—Lámina de anchura mediana con elementos celulares que se destacan bastante bien por su forma y dimensiones en las subláminas II y III. La presencia de elementos ganglionares gran-

des es abundante en la subláimina inferior, quedando las de tamaño mediano y pequeño en las capas superiores, lo que da motivo para clasificarla como de **Tipo extremosilis.** Como en los anteriores campos dividimos esta lámina en tres subláminas, de acuerdo con las dimensiones pequeñas, medianas y grandes de los elementos que la componen.

L. gr.—Lámina angosta, con contenido granular pequeño y poco numeroso.

L. gl.—Tres son las subláminas que comprende esta capa: Va, Vb y Vc; la primera ocupada por elemento ganglionar muy pequeño, poco abundante provisto de algunas granulaciones; la segunda ocupada por elemento mediano y menos abundante, y la tercera ocupada por escasos y pequeños elementos. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina de anchura mediana dividida en dos subláminas: VIa y VIb; la primera constituída por elementos celulares muy pequeños en discreto número, y la segunda por elemento celular más fino y menos abundante.

L. f.—Lámina de anchura mediana ocupada por escaso elemento celular de tipo redondeado o ligeramente alargado; **limitatus.**

Cerebro 65.

Corteza gris ancha.

L. z.—Lámina ancha; poca cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina angosta. Escasos elementos corpusculares y presencia de escasas y muy pequeñas células de forma piramidal.

L. p.—Lámina de anchura mediana con elementos celulares que se destacan bastante bien por su forma y dimensiones en las subláminas II y III. La presencia de elementos ganglionares grandes es abundante en la sublámina inferior, quedando las de tamaño mediano y pequeño en las capas superiores, lo que da motivo para clasificarla como de **Tipo extremosilis.** Como en los anteriores campos, dividimos esta lámina en tres subláminas de acuerdo con las dimensiones pequeñas, medianas y grandes de los elementos que la componen.

L. gr.—Lámina angosta, con contenido granular pequeño y poco numeroso.

L. gl.—Tres son las subláminas que comprende esta capa; Va, Vb, y Vc.: la primera ocupada por elemento ganglionar muy pequeño, poco abundante y provisto de algunas granulaciones; la segunda ocupada por elemento mediano y menos abundante, y la tercera ocupada por escasos y pequeños elementos. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina de anchura mediana dividida en dos subláminas: VIa y VIb, la primera constituída por elementos celulares muy pequeños en discreto número, y la segunda por elemento celular más fino, y menos abundante.

L. f.—Lámina de anchura mediana cupada por escaso elemento celular de tipo redondeado o ligeramente alargado; **limitatus.**

Cerebro 65.

Corteza gris ancha.

L. z.—Lámina ancha; poca cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina angosta. Escasos elementos corpusculares y presencia de escasas y muy pequeñas células de forma piramidal.

L. p.—Esta lámina se caracteriza por el tamaño aparentemente uniforme de las células que constituyen las subláminas III_1 y III_2, y por la presencia del típico elemento ganglionar grande, bastante esparcido en la sublámina III_3. La forma de las células que ocupan esta capa es triangular, alargada; sin embargo, muchas de ellas, sobre todo en las capas superiores, presentan un aspecto ligeramente redondeado. **Tipo extremosimilis.**

L. gr.—Lámina de anchura mediana ocupada por muy escasa cantidad de elemento granular fino y muy pocas pequeñas y medianas células de tipo triangular. En algunas porciones del campo son tan pobres y dispersas las granulaciones, que se le podría considerar como de tipo dysgranular.

Debido al hecho de que las granulaciones ocupan considerable parte de la capa Va, consideramos esta lámina como infragranular.

L. gl.—Como en el cerebro anterior (64) esta lámina se subdivide en tres: Va, Vb y Vc. La primera ocupada por abundantes cé-

lulas pequeñas, entremezcladas con abundante cantidad de granulaciones; la segunda constituída por menor número de elementos, de tamaño ligeramente mayor, entremezclados con ligera cantidad de granulaciones; y la tercera, ocupada por elementos de forma triangular, de contornos bastante precisos, de prolongaciones manifiestas, en número relativamente mayor que en la sublámina suprayacente. **Tipo aequodives.**

L. t.—En esta capa consideramos dos subláminas: VIa y VIb, la primera ocupada por células pequeñas, finas, angulosas, y la segunda por elementos de mayor tamaño y de forma ligeramente ovalada o redondeada.

L. f.—Lámina de pequeña anchura ocupada por escasa cantidad de elemento pequeño; **tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

La corteza gris es bastante ancha a este nivel.

L. z.—Lámina relativamente ancha; discreta cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina mediana ocupada por células corpusculares pequeñas y células piramidales de medianas dimensiones. El hecho de la existencia de estas células, algunas de las que son de las mismas dimensiones que las más pequeñas de la capa III_3, hace que la consideremos de **tipo partimaliquantocorpuscular.**

L. p.—Esta lámina, bastante ancha, está ocupada por células piramidales que se destacan por su particular forma y distribución. Es el tipo de la célula gruesa, ancha, tosca, con la particularidad de que la mayoría de ellas tienen este especial carácter. De acuerdo con las dimensiones de las células se divide esta capa en tres subláminas: III_1, III_2 y III_3, de pequeñas, medianas y grandes células respectivamente: **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Esta capa de anchura mediana está ocupada por granulaciones pequeñas y numerosas células ganglionares de dimensión mediana. Como en el cerebro 65 esta capa tiene tendencia a adoptar el tipo dysgranular.

L. gl.—En esta capa se distinguen tres subláminas: Va, Vb y Vc: en la primera los elementos celulares son numerosos, gruesos, entremezclados con granulaciones; en la segunda, los elementos son menos numerosos, de forma ovalada más definida, con escasas granulaciones; y en la tercera los elementos celulares están en mayor cantidad y tienen forma distinta a los anteriores.

L. t.—Esta capa, por su extensión y especial distribución de sus elementos, la hemos dividdio en dos láminas: VIa y VIb; en la primera las células son numerosas, tienen una forma redondeada o poligonal muy particular, y son muy abundantes. En la segunda las células ocupan mayor extensión, son ligeramente más pequeñas, redondeadas y gruesas.

L. f.—Lámina de anchura mediana, ocupada por escasas células de tamaño mediano. **Tipo limitatus.**

Resumen:

Se caracteriza este campo por la especial tosquedad y grosor de los elementos celulares, principalmente de los que constituyen las capas IIIa, Va y VIa; por la presencia de elementos piramidales medianos en la capa corpuscular; por la tendencia dysgranular que muestra la capa IV; por la distribución de la lámina Va en tres zonas, y de la lámina VIa en dos; por el grosor, número y distribución de las células de la lámina III; por la semejante de las láminas III_1 y III_2. **Tipo extremosimilis.** De acuerdo con la nomenclatura de Vogt, resumimos así las características de este campo:

Latozonalis; medic—, módico—, partimaliquantecorpuscular; lato—, denso—, tripiramidal; extremosimilis; tenui—, sparso—, parvogranular; infragranular; triganglionar; medio—, módico—, parvo—, bitriangular; medio—, sparso—, parvofusiforme. Limitatus.

Campo 48a.

Cerebro 64.

Corteza gris de anchura mediana.

L. z.—Lámina ancha con poco contenido celular.

L. c.—Lámina mediana provista de corpúsculos pequeños y células triangulares también pequeñas.

L. p.—Lámina mediana, provista de elementos pequeños, medianos y grandes; distribuídos en tres subláminas, III_1, III_2 y III_3 respectivamente, con la particularidad de que la III_1 ocupa considerable mayor extensión que las otras dos.

Las grandes células piramidales de la capa III_3 son notables por sus dimensiones y por la disposición bastante distribuída que presentan.

L. gr.—Lámina de anchura mediana, con muy discreta cantidad de granulaciones; muy escasas y pequeñas células de tipo piramidal. Infragranular.

L. gl.—Lámina ocupada por escaso número de células distribuídas en dos subláminas: Va, con escasas y pequeñas células, y Vb con mayor cantidad de elemento, regular proporción de granulaciones y presencia de células pequeñas.

L. t.—Lámina constituída por elementos delgados y alargados, distribuídos en forma desordenada.

L. f.—Lámina de anchura mediana ocupada por células pequeñas y alargadas. **Tipo limitatus.**

Cerebro 65.

Corteza gris de regular anchura.

L. z.—Lámina ancha, con discreta cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina angosta con muy pequeña cantidad de elemento corpuscular.

L. p.—Lámina de anchura mediana, provista de células pequeñas, medianas y grandes, en la subcapa III_1, III_2 y III_3. Como en el cerebro anterior las grandes células piramidales de la capa piramidal inferior se destacan en el campo por sus dimensiones y distribución dispersa. **Extremosimilis.**

L. gr.—Anchura mediana; pobre y distribuída cantidad de granulaciones, y escasas células pequeñas triangulares. **Infragranular.**

L. gl.—Lámina ancha constituída por dos subláminas, la primera, Va, ocupada por relativamente escaso número de células triangulares, ligeramente anchas, y regular cantidad de granulaciones; y la Vb provista de elementos más abundantes, alargados, algunos fusiformes y regular cantidad de granulaciones.

L. t.—Lámina de anchura mediana ocupada por células finas, delgadas y alargadas, en cantidad discreta.

L. f.—Escasas células de tipo pequeño.**Limitatus.**

Cerebro 58.

Corteza de anchura mediana.

L. z.—Lámina ancha, provista de regular cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina angosta, con escasa cantidad de corpúsculos y relativamente abundantes células piramidales pequeñas. Tipo **partimaliquantocorpuscular.**

L. p.—Las células que ocupan esta lámina tienen aparentemente iguales dimensiones, sin embargo un examen cuidadoso permite distribuírlas en tres subcapas: III_1, III_2 y III_3 de pequeñas, medianas y grandes células respectivamente.

L. gr.—Esta capa está ocupada por granulaciones medianas y dispersas, en tal forma que en algunas porciones del campo adopta el tipo **dysgranulares.**

L. gl.—Esta lámina se subdivide en dos, con elementos numerosos en la Va y en menor número en la Vb.

L. t.—Lámina ligeramente más delgada, ocupada por células abundantes distribuídas desordenadamente.

L. f.—Anchura mediana, relativamente pequeña cantidad de células de tipo alargado. **Limitatus.**

Resumen.

Sólo son homologables los cerebros 65 y 64 en esta parte de la corteza. El campo 48a en el cerebro 58 ocupa el mismo lugar que en los otros, mas, su estructura es como se ve en las foto-

grafías muy diferente, por lo que al hacer el resumen de este campo sólo nos vamos a referir a los cerebros 64 y 65.

La anchura de la corteza es amplia a este nivel; es ancha la lámina zonalis; pobre la presencia de corpúsculos en la lámina II; típico el carácter de las láminas III_1 y III_2, con predominio del elemento celular pequeño característica la presencia de grandes células piramidales esparcidas en el campo III_3; pequeños y escasos los elementos granulares en la capa IV; finos, pequeños, alargados, algunos fusiformes los elementos de la capa V; alargados y delgados en la capa VI. De acuerdo con la nomenclatura de Vogt, resumimos así los caracteres del campo:

Latozonalis; tenui—, parvocorpuscular; medio—, módico—, externomulto—, tripiramidal; medio—, sparso—, parvogranular; infragranular; medio—, módico—, internomulto—, biganglionar; medio—, módico—, parvotriangular; medio—, módico—, parvofusiforme; limitatus.

Campo 47

Cerebro 64.

Corteza considerablemente ancha.

L. z.—Lámina de regular anchura, provista de pequeña cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina de anchura mediana; escasa cantidad de granulaciones y relativamente numerosas células triangulares pequeñas.

L. p.—Lámina mediana, provista de elementos pequeños, medianos y grandes, un poco a la manera del campo vecino 48, pero con la circunstancia de que los elementos piramidales que ocupan la lámina III_3 son menos grandes y algo menos numerosos. Tampoco teinen las células de las subláminas III_1 y III_2, los bordes agudos que presenta el campo 48. Las células en el campo 47 son más pequeñas, de bordes redondeados, menos numerosas, ocupando las subláminas III_1 y III_2 mayor extensión que la III_3. Lo que caracteriza particularmente al campo 47 es la falta de elemento piramidal grande que predomina en el campo 48.

L. gr.—Esta lámina es de anchura muy mediana y la granulación que la llena es de tipo más fino y más escaso que en el campo 48, siendo además más abundante la presencia de elementos piramidales pequeños.

L. gl.—Esta lámina está constituída por elemento ganglionar más numeroso y de tamaño menor que en campo 48. Como en éste la lámina V comprende dos subláminas: Va con abundantes células ganglionares de tamaño mediano, y Vb con escasos elementos de menor dimensión. **Tipc aequodives.**

L. t.—Dispersos, de forma irregular, y en regular cantidad son los elementos que constituyen esta lámina.

L. f.—Angosta, con escasos elementos de dimensión reducida y de tipo alargado ovalado.

Cerebro 65.

Corteza gris ancha.

L. z.—Lámina de anchura mediana provista de regular cantidad de elemento celular.

L. c.—Muy escasos son los elementos corpusculares que llenan esta lámina. La ocupan sobre todo muy pequeñas células de tipo piramidal.

L. p.—Esta lámina de considerable anchura se caracteriza por el predominio de elementos medianos y pequeños, estando las grandes células piramidales en muy escaso número y considerablemente repartidas. Este carácter de pobreza del elemento piramidal grande en la lámina III_3 da al campo 47 una fisonomía particular. Además de esto es notable la forma de sus células. Si la comparamos con el campo 48 notaremos que las del 47 presentan una forma particularmente alargada, circunstancia que las distingue del campo 48. Como puede verse en las ilustraciones, la lámina piramidal en el campo 47 está íntegramente ocupada por células que podríamos calificar de completas, ya que el cuerpo celular se continúa por una prolongación aguda muy particular, lo que no ocurre con el campo 48. Presenta tres subláminas, III_1, III_2 y III_3, de pequeñas, media-

nas y grandes células respectivamente, con la circunstancia de presentarse con mayor densidad que en el campo 48.

L. gr.—Lámina angosta, con muy escasos y esparcidos elementos granulares, y abundante cantidad de células ganglionares pequeñas del tipo de las que constituyen la lámina V.

L. gl.—Lámina densa; elemento celular de bordes agudos, entremezclados con granulaciones, y distribuídos en dos subláminas: Va con abundante cantidad de células de tamaño mediano, y Vb con menor número y más pequeñas.

L. t.—Células alargadas, afiladas, pequeñas en su mayor parte, algunas ligeramente fusiformes.

L. f.—De regular anchura, con abundante cantidad de células pequeñas y alargadas.

Cerebro 58.

Corteza gris ancha.

L. z.—Ancha, provista de pequeña cantidad de elemento celular.

L. c.—Capa angosta; escasa cantidad de corpúsculos; riqueza en elemento piramidal mediano **(partimagnocorpuscular).**

L. p.—Lámina ancha llena de elementos de dimensiones aparentemente iguales, donde las cédulas piramidales grandes, en escaso número, se encuentran directamente en la vecindad de la lámina granular. Es notable la diferencia de este campo con el 48, por las dimensiones de las células que lo constituyen y por su especial distribución, siendo en el 47 más pequeñas y de distribución ligeramente más ordenada.

L. gr.—La cantidad de granulaciones que contiene esta lámina es escasa y dispersa, de tal manera que en algunos sitios es francamente **dysgranular.**

L. gl.—Las células que ocupan esta lámina, de anchura reducida, se caracterizan porque son gruesas, más abundantes en la sublámina Va que en la Vb, y más grandes en la primera que en la segunda. Los elementos celulares en ambas subláminas están entremezclados con regular cantidad de granulaciones. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina mediana ocupada por gruesos elementos de forma irregular, predominando los de forma redondeada u ovalada.

L. f.—Lámina ancha, ocupada por elementos medianos ligeramente alargados. **Tipo transgrediens.**

Resumen:

Caracteres particulares de este campo son los siguientes: regular anchura de la capa piramidal, que se encuentra ocupada por elemento de dimensión media predominantemente, lo mismo que las capas inferiores a la granular, de tal manera que a la simple vista parece que todas las células tuvieran iguales dimensiones. Otro carácter particular del campo es la presencia de escasas células piramidales grandes en la capa III³, muchas de las que como ocurre en el cerebro 58 se encuentran inmediatamente por encima de la capa granular, carácter éste último que la distingue de la capa 48.

La capa IV es angosta y muy escasa en elemento granular, presentando la disposición de tipo **dysgranular**, o próximo a éste.

Mediozonalis; tenui—, sparso, partimaliquantocorpuscular; medio—, denso—, tri—, parvopiramidal; extremosimilis; tenui—, sparso—, parvoglomerular; medio—, biexternomultoganglionar; medio—, módico—, triangular; tenui—, módico—, parvofusiforme.

Campo 47a.

Cerebro 64.

Corteza gris de anchura mediana.

L. z.—Anchura mediana; regular cantidad de elementos celulares.

L. c.—Lámina angosta provista de escasos corpúsculos y relativamente abundantes células piramidales pequeñas **(partimaliquantocorpuscular).**

L. p.—Los elementos que ocupan esta lámina tienen característica especial por su forma, distribución y densidad, que la hacen inconfundible con el campo vecino 47. Las células pequeñas

ocupan la subláiina piramidal III_1; son de dimensiones mayores que las del campo 47; las que ocupan la sublámina III_2 se encuentran en menor proporción, pero son más grandes que en el campo 47; por último las células de la lámina III_3, grandes y regularmente distribuídas, dando a la lámina un aspecto granuloso particular son más grandes que las similares del campo 47.

L. gr.—Lámina algo angosta, provista de granulaciones medianas y abundantes células ganglionares tipo triangular. **Infragranular.**

L. gl.—Esta capa consta de dos partes, una superior Va de pequeñas células ganglionares y otra inferior, Vb de células de mayor dimensión. Ambas subláminas provistas de abundante cantidad de elementos celulares en desorden, carácter que también lo presenta la lámina piramidal, circunstancias de disposición que la distingue en forma manifiesta del campo 47.

L. t.—Lámina de anchura mediana, provista de abundante cantidad de elementos celulares de tamaño mediano, dispuestos en desorden. El mayor tamaño de estas células y su especial disposición es otro carácter que la diferencia del campo 47.

L. f.—Esta lámina de regular anchura está ocupada por células pequeñas, ligeramente ovaladas, otras triangulares, dispuestas en desorden. **Tipo transgrediens.**

Cerebro 65.

Corteza gris de considerable anchura.

L. z.—Lámina ancha provista de discreta cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina angosta, provista de escasos corpúsculos y de abundantes células piramidales pequeñas. **Tipo partimaliquantocorpuscular.**

L. p.—Lámina ancha, provista de elementos celulares de tipo alargado, con prolongaciones puntiagudas manifiestas en todos los elementos, lo que le da el carácter típico que le distingue de su similar el campo 47, pero que se distingue de éste por la mayor abundancia de células, el mayor contenido celular de la sublámina

piramidal III^3. La capa piramidal está provista predominantemente de células piramidales medianas y pequeñas en tal forma que parece a simple vista estar constituída de dos especies de células, grandes en la capa III^3 y medianas en el resto, mas, un examen detenido hace posible la división de esta capa en tres, de pequeñas, medianas y grandes células, III^1, III^2 y III^3, respectivamente.

L. gr.—Lámina considerablemente angosta, provista de granulación fina y dispersa con tendencia al tipo dysgranular.

L. gl.—Esta lámina consta de dos subláminas: Va, provista de abundantes elementos pequeño y mediano y de regular cantidad de granulaciones, y Vb, constituída por menor número de células, de tipo alargado, delgado, algunas de ellas de tipo fusiforme.

L. t.—Lámina de anchura mediana ocupada por células abundantes, agudas y alargadas. **Tipo aequodives.**

L. f.—Lámina de anchura mediana provista de pequeña cantidad de elemento celular pequeño. **Tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

Corteza gris de anchura mediana.

L. z.—Lámina ancha, provista de discreta cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina angosta; escasas "células corpusculares", relativa abundancia de células piramidales, de las mismas dimensiones que las de la lámina III^1, por lo que la consideramos como de tipo **partimmagnocorpuscular.**

L. p.—Aparentemente parece que esta capa estuviera ocupada por células de sólo un tamaño; tal el aspecto que presenta la lámina; sin embargo, examinándola detenidamente en otros sitios del campo se advierte la presencia de células de las tres conocidas dimensiones, por lo que hemos creído conveniente distribuírla en las tres clásicas subláminas. Es notable la diferencia de este campo con el campo 47. En éste las células están bien delineadas, manifiestamente ordenadas con abundancia del elemento grande en la capa III^3. En aquélla las células presentan un típico aspecto desordenado, con predominio del elemento mediano y con la presencia

de escasos elementos de tamaño mayor, circunscritos y dispersos en la subláminа IIIa. **Tipo extremosimilis.**

L. gr. Lámina muy angosta provista de granulaciones medianas y dispersas, con tendencia al tipo dysgranular.

L. gl.—Esta lámina consta de dos partes, la primera Va ocupada por cantidad módica de elemento ganglionar de tamaño mediano y provista de abundante granulación, y la segunda, Vb, ocupada por menor número de células de tipo mediano, más esparcidas y polimorfas. **Tipo supraditior.**

L. t.—Anchura mediana; módica cantidad de elementos celulares tipo ovalado, dispuestos con ligera tendencia ordenada.

L. f.—Lámina de anchura mediana; módica cantidad de elementos pequeños, ligeramente alargados u ovalados.

Resumen:

Se caracteriza este campo por el aspecto granuloso de sus diferentes láminas, circunstancia debida al hecho de la desigual y desordenada distribución de sus elementos, muy especialmente de los de las láminas III y V. Algunas de las células piramidales grandes ocupan situación media en la lámina, hecho que contribuye a proporcionar el aspecto granuloso a que nos estamos refiriendo. La lámina IV es muy angosta, en algunos sitios casi inapreciable, y el elemento granular que lo llena, disperso entre las láminas III y V. Tipo de lámina con tendencia dysgranular.

La lámina V a la manera de la lámina III presenta igual carácter granular debido a las desiguales dimensiones de las células y a su distribución desordenada. Por lo demás un examen comparativo de las microfotografías de los campos 47 y 47a., pondrá en evidencia nuestra descripción.

Latozonalis; tenui—, sparso—, partimaliquantocorpuscular; medio—, denso—, tri—, irregularpiramidal; extremosimilis; tenui—, sparsc—, granular; medio—, módico—, bi—, externomulto—, irregulartriangular—, medio—, denso—, fusiforme; transgrediens.

Campo 34

Cerebro 64.

Sustancia gris de mediana anchura.

L. z.—Lámina ancha. Discreta cantidad de elemento celular fino.

L. c.—Lámina angosta. Poca cantidad de elemento corpuscular pequeño.

L. p.—Lámina piramidal algo angosta en relación a las anteriormente observadas. Consta de tres subláminas: la primera III_1 está ocupada por numerosas células pequeñas tipo piramidal, constituyendo una capa compacta que se destaca bastante bien; la segunda, III_2, constituída por células piramidales medianas, en menor número que las anteriores, dispersas; la tercera ocupada por células piramidales ligeramente grandes, numerosas y en agrupación relativamente densa. **Tipo extremosimilis.** Como puede apreciarse en las ilustraciones, el campo 34 es completamente distinto de sus vecinos 47a y 33. Con este último no cabe confusión; las diferencias son bastante marcadas. Con el 47a en cambio hay alguna similitud pero las diferencias son ostensibles principalmente en la arquitectura de la lámina II y III. Como puede observarse en las microfotografías, el tipo de la célula mediana en la sublámina piramidal III_2 es completamente distinto de su similar del campo 34. En tanto que las células de éste son de dimensión menor; en el 47a en cambio las células de la sublámina III_2 se destacan por su especial densidad y dimensión.

L. gr.—Lámina de anchura mediana. Pequeña cantidad de elemento granular mediano, provisto de regular número de células ganglionares.

L. gl.—Lámina mediana, formada por dos capas, una Va provista de abundantes células tipo triangular que se destacan con precisión, y otra Vb ocupada por células en escaso número, pequeñas, alargadas, dispuestas en desorden; algunas, muy pocas, ovaladas, entremezcladas con granulación muy fina.

L. t.—Lámina de anchura mediana; relativamente numerosas células tipo alargado u oblongado.

L. f.—Lámina angosta provista de escaso número de células muy pequeñas. **Tipo limitatus.**

Cerebro 65.

Corteza gris de anchura mediana.

L. z.—Anchura mediana. Escasa cantidad de contenido celular.

L. c.—Angosta; módica cantidad de "elementos corpusculares" y células piramidales muy pequeñas.

L. p.—Anchura mediana formada por elemento piramidal tipo pequeño predominantemente. Pueden distinguirse tres subláminas: abundante cantidad de elemento piramidal pequeño en la lámina III_1; discreto y disperso número del elemento mediano en la sublámina III_2, muy escasa cantidad de células piramidales ligeramente grandes, entremezcladas con abundantes células tipo mediano y pequeño, en la sublámina III_3, estando además ésta ocupada por regular cantidad de granulaciones. Tipo **extremosimilis**.

L. gr.—Lámina mediana; escasa y dispersa cantidad de granulaciones muy pequeñas, entremezcladas con células ganglionares de tamaño mediano.

L. gl.—Lámina ocupada por dos clases de células: gruesas, pequeñas y numerosas en la sublámina Va; escasas, alargadas, ligeramente ovaladas, algunas fusiformes en la sublámina Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina constituída por abundante elemento alargado, delgado. Las típicas células fusiformes no aparecen en esta lámina con los caracteres de las de la lámina Vb.

L. f.—Lámina ancha, provista de regular cantidad de elemento celular delgado y alargado. **Tipo limitatus.**

Cerebro 58.

Lámina gris de mediana anchura.

L. z.—Lámina mediana; pequeña cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina mediana, ocupada por muy pequeña cantidad de elemento celular y abundantes células medianas piramidales.

Tipo partimaliquantocorpuscular.

L. p.—Casi todas las células de esta lámina tienen dimensiones aparentemente iguales; el conjunto es de aspecto granuloso. Muy escasas células piramidales grandes se agrupan en la lámina III_3, entremezcladas con abundante cantidad de células tipo mediano. La lámina III_2 está ocupada por células de menor dimensión dispuestas en desorden, y la lámina III_1 por células más pequeñas irregularmente colocadas.

L. gr.—Esta lámina es característica por la abundante cantidad de células ganglionares de cuerpo ancho, de reducidas prolongaciones y de granulación bastante dispersa, lo que le da el carácter de **dysgranular.**

L. gr.—Esta lámina es característica por la abundante cantidad gruesas: medianas y abundantes células en Va; escasas, alargadas, irregulares en Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina mediana provista de células relativamente escasas de forma redondeada.

L. f.—Lámina ancha de escasas y esparcidas células pequeñas. **Tipo transgrediens.**

Resumen:

Esta capa se caracteriza por su aspecto general granuloso; por el escaso número de células piramidales dispersas en la capa III; por el predominio del elemento celular mediano y pequeño; por la escasa cantidad de granulación bastante dispersa en la capa IV. **(tipo dysgranular)**; por el aspecto granuloso y desordenado de la capa V, en la cual la lámina más externa Va se distingue por su densidad y la dimensión de sus elementos. Anotamos la presencia de típicas células fusiformes en la capa Vb del cerebro 65.

Mediozonalis; medio—, módico—, partimaliquantocorpuscular; medio—, módico—, tripiramidal; extremosimilis; medio—, sparso—, módico—, granular—, infragranular; medio—, bi—, externomulto—, externomagno ganglionar; medio—, módico—, parvofusiforme; transgrediens.

Campo 33

Cerebro 64.

Este campo se distingue enteramente de los vecinos 47a. y 34; la sustancia gris es a este nivel, angosta; las células que la llenan son en su mayoría muy pequeñas, ocupando en esta forma casi la totalidad del campo piramidal. Las células piramidales grandes son escasas, entremezcladas abundantemente con las piramidales pequeñas; la lámina IV es poco aparente, distinguiéndose sin embargo fácilmente sus límites. Todas las capas inferiores a la granular ocupan reducido espacio, destacándose por este hecho las láminas V y VII. Los detalles del examen son los siguientes:

L. z.—Lámina considerablemente ancha, provista de escaso elemento celular.

L. c.—Lámina angosta ocupada por finísimas células corpusculares.

L. p.—Lámina relativamente ancha constituída por dos subláminas: III_{1+2}, provista de numerosas células piramidales muy pequeñas, y III_3 ocupada por células de tamaño mediano principalmente y muy escasas células piramidales grandes. Esta capa está provista de abundante cantidad de granulaciones.

L. gr.—Lámina de anchura mediana, con límites bastante apreciables, ocupada por granulaciones muy pequeñas y por muy escasas células ganglionares de pequeña dimensión. **Tipo supragranular.**

L. gl.—Lámina de anchura mediana, dividida en dos subláminas: Va provista de relativamente numerosas células ganglionares triangulares y ligera cantidad de granulaciones, y Vb ocupada

por menor número de elementos, más pequeños que los de la lámina V y más esparcidos.

L. t.—Lámina particularmente angosta, provista de escasa cantidad de células triangulares en su mayoría.

L. f.—Lámina angosta: escasas células de tipo redondeado; muy pocos elementos alargados.

Cerebro 65.

No cabe confundir este campo con sus vecinos 50, 2 y 10. El único que un tanto se le asemeja es el campo 34, por la pequeñez de sus elementos y por la densidad de sus láminas. Los caracteres particulares son los siguientes:

L. z.—Anchura mediana; escasa cantidad de elemento celular fino.

L. c.—Anchura mediana, ocupada por abundante número de células corpusculares, muchas de las cuales son de regular dimensión.

L. p.—Esta lámina está constituída por dos capas, una externa: III_{1+2}, ocupada por elemento celular mediano y pequeño en cantidad mayor que en el campo 34 y manifiestamente dispuestos en desorden, siendo más densa la zona externa; y otra interna III_3 ocupada casi íntegramente por células muy pequeñas y pocos elementos piramidales grandes, que casi pasan desapercibidos. Es manifiesta la diferencia de esta lámina con la del campo 34: en éste las células son de forma más regular y en escaso número; en aquél en cambio (campo 33) las células son de forma más irregular, más numerosas y menos ordenadamente distribuídas. **Tipo extremosimilis.**

L. gr.—Lámina angosta; pobre cantidad de elemento granular fino muy esparcido. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Lámina de anchura mediana. Escasos y dispersos elementos, pequeños y rodeados de granulaciones en Va; grandes, de bordes angulosos, menos numerosos y puntiagudos en Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—En esta lámina se pueden considerar dos capas: VIa, provista de numerosas y pequeñas células alargadas, ovaladas o ligeramente fusiformes, y VIb, ocupada por elemento de tamaño un poco mayor, triangular, y escaso.

L. f.—Anchura mediana; cantidad módica de elemento celular fino.

Cerebro 58.

Tampoco cabe la posibilidad de confundir este campo con los vecinos 3 y 50. Con el único que tiene alguna semejanza es con el campo 34, distinguiéndose de éste por los siguientes caracteres.

Sustancia gris angosta.

La mayor parte de las células del campo 33 son pequeñas, en oposición a las del campo 34 que son grandes. Elementos piramidales medianos ocupan la lámina corpuscular, lo que no ocurre en el campo 34. Las células de la capa piramidal son en el campo 33 de dimensión mediana, aparentemente uniforme en toda la capa, en tanto que en el campo 34 se distribuyen en diferentes subláminas de conformidad con sus dimensiones. En el campo 34 la capa IV, angosta, tiene límites más perceptibles que en el campo 33 y, en lo que se refiere a las láminas inferiores a la capa granular, se distinguen por una mayor densidad celular, dentro de límites estrechos, lo que no ocurre en el 34. Además es característica del campo 34 el tipo transgrediens de la lámina fusiforme. Los caracteres particulares al campo son los siguientes:

L. z.—Lámina ancha, provista de discreta cantidad de células.

L. c.—Lámina mediana, ocupada en gran parte por células piramidales de dimensión mediana. **Tipo partimmagnocorpuscular.**

L. p.—Lámina angosta; manifiesta densidad celular, con elemento pequeño agrupado en la lámina III_1 y elemento más grande entremezclado con mediano; este último en predominio en la capa III_{2+3} **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina angosta; escaso contenido granular, algo disperso; muy pocos elementos ganglionares pequeños. **Infragranular**

L. gl.—Esta capa de densidad muy manifiesta la hemos distribuído en tres láminas: Va, provista de elementos pequeños, nu-

merosos y con muchas granulaciones; Vb ocupada por células de mayor dimensión, en cantidad ligeramente menor, algunas de ellas típicamente fusiformes, y Vc, provista de elementos celulares más pequeños y morfológicamente irregulares.

L. t.—Esta lámina comprende dos capas: una Va donde los elementos pequeños se muestran abundantes, y otra Vb en que las células son escasas y de dimensión mayor. Como la densidad celular es semejante en las capas V y VI, clasificamos a la primera como de **tipo aequodives** .

L. f.—Lámina ancha, provista de células de tamaño mediano, relativamente abundantes y que penetra francamente en la sustancia blanca vecina. **Tipo transgrediens.**

Resumen:

Este campo se caracteriza: por la pequeñez general de los elementos que integran sus diferentes láminas; por el uniforme tamaño de las células que ocupan la lámina III; por la estrechez y relativa pobreza en elementos de la capa IV; por la densidad de las células que llenan la lámina V y por el tipo manifiestamente transgrediens de la lámina VII.

Latozonalis; medio—, módico—, partimmagnocorpuscular, en los cerebros 65 y 58; medio—, biparvopiramidalis; extremosimilis—, medio—, módico—, parvogranular; medio—, bi—, externo—, multoganglionar; medio—, bi—, parvotriangular; medio—, módico—, fusiforme; transgrediens.

Campo 3

Cerebro 64.

En la cara interna del cerebro en las vecindades de la circunvolución del cuerpo calloso y vecino a los campos 50, 2, 1, 10 y 33 se encuentra el campo 3 cuyas características citoarquitecturales no permiten confundirlo con los campos adyacentes mencionados. Sus caracteres son los siguientes:

Sustancia gris de mediana anchura.

L. z.—Lámina ancha, discreto contenido celular.

L. e.—Anchura mediana; cantidad módica de elemento corpuscular mediano.

L. p.—Lámina mediana; presencia de tres subláminas de pequeñas, medianas y grandes células, siendo estas últimas de tamaño ligeramente mayor que las medianas, por lo que la lámina parece estar constituída por células de tamaño mediano uniforme. Las células se destacan por su forma triangular, sus dimensiones, y el desorden en que se encuentran distribuídas, caracteres que saltan a la vista si se le compara en los campos 50 y 2. Además la cantidad de células es menor que en los campos vecinos, y reducido el número de las células grandes en la capa piramidal 3.

L. gr.—Lámina ancha, densa; gránulo mediano; escasa cantidad de elementos piramidales pequeños; límites de la lámina bastante precisos, sin que sus granulaciones avancen particularmente a los campos.

L. gl.—Lámina mediana, densa, dividida en dos subláminas: escasas, pequeñas y repartidas células en la subláminа Va, células de un poco mayor tamaño, más numerosas en la lámina Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Anchura mediana. Células triangulares, ovaladas, redondeadas, en número abundante.

L. f.—Lámina angosta; escasa cantidad de elemento celular, redondeado u ovalado.

Cerebro 65.

Las características citoarquitecturales de este campo en el cerebro 65 son típicas. No cabe la posibilidad de confundirlo con los vecinos.

Los detalles del examen son los siguientes:

Corteza gris de anchura mediana.

L. z.—Anchura mediana. Discreta cantidad de elemento celular.

L. e.—Lámina angosta. Cantidad módica de elemento corpuscular fino.

L. p.—Lámina angosta; predominio de células de tamaño mediano; posibilidad sin embargo de dividirla en tres subcapas, de pequeñas, medianas y grandes células, a pesar de que aparentemente parece que predominaran elementos celulares de un solo tamaño.

L. gr.—Lámina mediana; cantidad módica de granulación fina; límites de la lámina bastante precisos; presencia de granulaciones escasas en la capa V. **Infragranular.**

L. gl.—Lámina angosta, caracterizada como la lámina piramidal por elementos pequeños de dimensiones aparentemente iguales. Se divide en tres subláminas: Va, Vb y Vc: la primera provista de elemento pequeño, escaso, y abundante cantidad de granulaciones; la segunda de células un poco más grandes y escaso grano; y la tercera, de células ganglionares de dimensión ligeramente menor que las anteriores, redondeadas u ovaladas.

L. t.—Escasa anchura. Abundante cantidad de células ovaladas, alargadas, de borde redondeado.

L. f.—Lámina ancha; relativamente abundantes elementos celulares de forma triangular o ligeramente ovalado.— **Tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

Sustancia gris de anchura mediana.

L. z.—Anchura mediana. Escasa cantidad de contenido celular.

L. c.—Anchura mediana; escasa cantidad de células corpusculares; cierto predominio de elemento piramidal pequeño: **partimaliquantocorpuscular.**

L. p.—Lámina mediana ocupada por elementos pequeños, medianos y grandes, distribuídos en las subláminas III_1, III_2 y III_3. Lámina relativamente escasa en elementos, pero característicos por su forma gruesa, ancha, ocupando en forma discontinua el espacio respectivo. Este especial carácter de grosor, desorden y de escasez celular es signo distintivo, que le diferencia de los campos vecinos, principalmente del campo 2.

L. gr.—Lámina mediana; discreta cantidad de granulaciones, muchas de las que avanzan hacia la capa inferior inmediata. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Lámina mediana que puede ser dividida en tres capas: Va, Vb y Vc. La primera ocupada por abundantes células pequeñas, gruesas, entremezcladas con alguna cantidad de granulaciones; la segunda constituída por menor número de células de dimensión ligeramente mayor que las anteriores, un poco más alargadas, y la tercera constituída por abundantes elementos ligeramente delgados y largos. **Tipo supraditior.**

L. t.—Lámina ancha, provista de abundante cantidad de células grandes, redondeadas, alargadas, distribuídas en serie.

L. f.—Lámina ancha, provista de abundantes células de forma redondeada. **Tipo limitatus.**

Resumen:

Se caracteriza este campo por la relativa densidad celular de la lámina piramidal, por la anchura y densidad celular de la lámina IV; por la manifiesta densidad de la lámina ganglionar y triangular; por la aparente uniformidad de las células que ocupan la lámina III.

Mediozonalis; medio—, módico—, partimaliquantocorpuscular (Cerebro 58); parvocorpuscular (Cerebro 65); medio—, módico—, tripiramidal; extremosimilis; medio—, densogranular; medio—, denso—, bi—, internomultoganglionar; medio—, denso—, aliquantotriangular; medio—, módico—, fusiforme—, transgrediens.

Campo 1

Cerebro 64.

Este campo tiene caracteres citoarquitecturales enteramente distintos de sus vecinos 51, 4 y 4a. Con el único que se le puede confundir es con el 3, del que se distingue por los caracteres que vamos a mencionar en seguida.

Sustancia gris no tan amplia como en el campo 3. Manifiesta distribución ordenada de los elementos que la integran. Menor densidad celular en el campo IV y V.

L. z.—Anchura mediana, en discordancia con la mayor dimensión de la lámina zonal del campo 3.

L. c.—Anchura mediana; presencia módica de elemento corpuscular pequeño.

L. p.—Se caracteriza esta lámina por la presencia de los tres clásicos tipos de células pequeñas, medianas y grandes, con manifiesta distribución ordenada de los elementos y presencia de discreta cantidad de granulaciones en la capa IIIa.

L. gr.—Lámina ancha, provista de abundante cantidad de granulaciones ligeramente esparcidas, lo que hace que presente carácter de menor densidad. **Supragranular.**

L. gl.—Lámina angosta repartida en dos capas: escasos y pequeños elementos provistos de granulaciones en la lámina Va, mayor número y elemento de dimensión mediana en la lámina Vb. **Tipo infraditior.**

L. t.—Anchura mediana, densamente ocupada por células polimorfas: triangulares y ovalares; éstas últimas en mayor proporción.

L. f.—Anchura mediana; discreta cantidad de elemento celular pequeño, alargado y ovalado.

Cerebro 65.

El campo Nº 1 es en el cerebro 65 completamente distinto de sus vecinos 51, 4, 4a y 10. Con el único que se le puede confundir es con el 2, del que se diferencia por los caracteres siguientes:

Corteza gris angosta.

L. z.—Mediana, provista de discreta cantidad de células.

L. c.—Angosta. Escaso contenido de células corpusculares pequeñas.

L. p.—Se diferencia ésta lámina de la del campo 2 porque sus células no se encuentran tan ordenamente dispuestas en serie, ni sus extremidades en dirección a la superficie como ocurre en el

campo 2. El contenido celular es discreto; escasas células piramidales de tamaño grande se destacan en el campo III_3 con sus extremidades dirigidas oblicuamente a la superficie. En tanto que en el campo 1 son claramente apreciables las grandes células piramidales en la sublámina III_3; en el campo II se destacan éstas apenas, siendo el elemento mediano el que predomina sobre todo. Las células en el campo II llenan casi completamente la lámina piramidal, lo que no ocurre en el I, donde se hallan espacios ligeramente desprovistos de células. En el campo I se advierte con precisión los tres tipos clásicos de células, pequeños, medianos y grandes, circunstancia que no ocurre en el campo 2, en que las células presentan apariencia dimensional más uniforme. **Extremosimilis.**

L.gr.—Anchura mediana; cantidad módica de elemento granular, circunstancia que lo distingue de la lámina similar en el campo 2, donde la anchura es mayor y abundante su contenido en granos.

L. gl.—Lámina mediana, provista de muy pequeña cantidad de células ganglionares, algo dispersas, con sus extremidades oblicuamente dirigidas hacia la superficie, sin orden, ni dispuestos en serie, carácter que la apartan de la capa similar en el campo 2. En esta lámina se distinguen dos capas, una superior Va de escasas y pequeñas células ganglionares, con alguna cantidad de granulaciones, y una inferior, Vb, con ligeramente mayor cantidad de células de tamaño mediano. **Tipo aequodives.**

L. t.——Anchura mediana; pobre contenido celular; elementos polimorfos, predominando los triangulares sobre los ovalados; pobrísima cantidad de granulaciones.

L. f.—Anchura mediana; pobre cantidad de elemento celular. **Tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

El campo I es también en este cerebro enteramente distinto de sus vecinos 51, 4 y 4a; se le podría confundir con el 2, pero se aparta de él por los caracteres que a continuación se anotan:

Sustancia gris de anchura mediana.

L. z.—Lámina ancha, con discreto contenido celular.

L. c.—Lámina ancha; cantidad módica de elemento corpuscular, y muy escasas células piramidales pequeñas.

L. p.—Lámina ancha, de mayor extensión que la del campo 2. Sus elementos son casi todos de igual tamaño, encontrándose ordenadamente dispuestos en series, perpendiculares a la superficie. Estos caracteres la diferencian enteramente del campo 2, sobre todo, en la anchura de la lámina III que es mayor que en el campo 2. Un análisis detallado permite distinguir aquí las tres clásicas subláminas de pequeños, medianos y grandes elementos piramidales.

L. gr.—Lámina mediana, provista de pequeña cantidad, dispersa de elemento granular, y muy escasas células pequeñas piramidales. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Lámina angosta con dos clases de células: pequeñas y abundantes en Va, discretamente entremezcladas con granulaciones; y medianas, en menor cantidad en la sublámina Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Anchura mediana, cantidad discreta de elemento celular con predominio de células de tipo triangular.

L. f.—Lámina angosta provista de muy pequeña cantidad de células; **tipo limitatus.**

Resumen:

Se caracteriza este campo por la densidad celular en sus diferentes láminas principalmente en la lámina IV y III; por la aparente uniformidad de las células del campo III; por la relativa anchura y densidad discreta de la lámina II; por la típica disposición de los elementos en forma de serie, y perpendicular a la superficie, llenando la capa III; y por la manifiesta anchura de ésta.

Mediozonalis; medio—, módico—, partimaliquantocorpuscular; medio—, denso—, tripiramidal; medio—, denso—, granular; infragranular; medio—, módico—, internomultoganglionar; aequodives; medio—, denso—, triangular; medio—, módico—, sparso—, fusiforme.

Campo 10

Cerebro 64.

En la cara interna del cerebro vecina a la "regio cingularis", y a los campos 3, 11 y 6a., se encuentra el campo 10 de características bastante definidas.

Sustancia gris de anchura mediana.

Típico el carácter pequeño y uniforme de las células que ocupan la lámina III; la anchura y dimensión pequeñísima de los elementos corpusculares en la capa II, y de las granulaciones de la IV; la anchura de la lámina piramidal, y de la lámina zonalis.

Los detalles del examen son los siguientes:

L. z.—Lámina considerablemente ancha provista de muy escasa cantidad de elemento celular fino.

L. c.—Lámina mediana; cantidad discreta de elemento corpuscular pequeño.

L. p.—Lámina ancha ocupada uniformemente por células piramidales pequeñas, y medianas predominantemente. Los grandes son muy escasos, apenas distinguibles de los medianos por su dimensión y por su carácter piramidal. Comprende tres capas: III_1, III_2 y III_3: la primera ocupada casi exclusivamente por elemento pequeño, la segunda y tercera por células medianas principalmente, y por muy escasos elementos de gran tamaño. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina mediana provista de cantidad discreta de granulaciones esparcidas, y de algunas células ganglionares pequeñas.

L. gl.—Lámina angosta ocupada por típicos elementos triangulares que se destacan con bastante precisión y que se agrupan en dos capas: elemento abundante y pequeño en Va, en menor proporción y algo más grandes en Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina angosta ocupada por elemento triangular predominantemente, y por pequeñísimas células, muy escasas, alargadas y piramidales.

L. f.—Lámina mediana; escasa cantidad de elemento celular con predominio de células triangulares.

Cerebro 65.

El campo 10 en este cerebro se encuentra entre los: 2, 3, 1, 4a, 6a, 12 y 15, diferenciándose de éstos, enteramente, con excepción del campo 6a, con el que podría confundírsele. Un estudio comparativo con éste nos ha de permitir establecer sus características.

Sustancia gris de considerable anchura.

L. z.—Lámina ancha provista de muy pequeña cantidad de células, lo que la distingue del campo 6a.

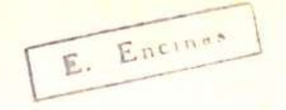
L. c.—Lámina angosta; módica cantidad de elemento corpuscular pequeño.

L. p.—Lámina ancha, de menor extensión que la del campo 6a, con menos cantidad de células aparentemente de iguales dimensiones, pero que un examen detallado permite diferenciarlos en tres tipos: pequeños, medianos y grandes, en las subláminas III_1 III_2 y III_3 respectivamente. Esta lámina no está ocupada por células como ocurre en el campo 6a. Ocurre comunmente que las células se encuentran algo dispersas dejando espacios vacíos, que no se presentan como antes en el referido campo 6a.

L. gr.—Lámina ancha, ocupada por cantidad módica de elemento granular algo disperso, con muy escasas células triangulares pequeñas. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Mediana; elemento pequeño ligeramente alargado, ovoideo, abundante en la sublámina Va; a base de célula ganglionar pequeña, en cantidad menor y de tipo delgado en la sublámina Vb. Ambos, principalmente la segunda, contienen alguna cantidad de granulaciones. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina angosta; relativamente rica en células de tipo oblongado, algunas triangulares, todas ellas de forma alargada, dispuestas ligeramente en serie.



L. f.—Lámina mediana, regular cantidad de elemento muy pequeño, provisto de prolongaciones finas de tipo oblongado o triangular. **Tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

El campo 10 en el cerebro 58 se encuentra entre los campos 3, 4a., 6a., 11 y la "regio cingularis", distinguiéndose enteramente de los primeros por caracteres que le son propios, no así del campo 11, con el que se le podría confundir a no ser por los caracteres que vamos a mencionar en seguida:

Corteza gris de mediana anchura.

L. z.—Anchura mediana, mayor contenido celular que en el campo 11.

L. e.—Lámina relativamente angosta. Escaso contenido de células corpusculares; relativa abundancia de elemento piramidal pequeño.

L. p.—Lámina mediana, ocupada en forma discontinua por células de mayor dimensión que las del campo II. La forma dispersa como se encuentran las células de esta lámina contrasta con la distribución visiblemente laminar del campo II donde los elementos pequeños, medianos y grandes se encuentran agrupados en láminas de densidad uniforme. Muy escasas son las células piramidales grandes de la subllámina III_3, estando sobre todo en predominio el elemento mediano. A pesar de la aparente uniformidad de las células que constituyen esta lámina, puede dividírsela en las tres clásicas capas de pequeñas, medianas y grandes células, III_1, III_2 y III_3 respectivamente.

L. gr.—Anchura mediana; discreta cantidad y esparcida de granulaciones; y de muy escasa proporción del elemento ganglionar pequeño. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Esta capa es manifiestamente densa, de mayor riqueza en elementos que las demás pero de tipo celular mediano o grande, lo que la distingue del campo 11. Por esta razón la calificamos como **densomagnocelular,** en contraposición a la 11, que llevaría la designación de **densoparvocelularis.** En esta lámina se advierten

dos clases de tipos celulares: relativamente pequeñas y numerosas células, con abundante contenido granular en Va; elemento de dimensión un poco mayor, menos numeroso, y escasas granulaciones en Vb. A causa de su densidad, superior a la de la lámina siguiente, la calificamos como de **Tipo supraditior.**

L. t.—Lámina de anchura mediana, ocupada por elemento celular pequeño, algo delgado, predominantemente ovalar; denso; caracteres diferentes de los de la lámina similar del campo 11. Examinando panorámicamente las fotografías es claramente advertible la densidad celular de las láminas que estamos describiendo: la V y la VI.

L. f.—Lámina ancha provista de cantidad módica de elemento celular de forma ovalada o triangular. **Tipo limitatus.**

Resumen:

Este campo se caracteriza por la uniformidad aparente de los elementos que llenan la lámina III; por la relativa densidad y el tipo **partimaliquantocorpuscular** de la lámina II; por la relativa anchura y discreto contenido de la lámina IV; por la densidad y pequeñez celular de los elementos que constituyen las láminas V y VI.

Medicozonalis; medio—, módico—, partimaliquantocorpuscular; medio—, módico—, tripiramidal; medio—, módico—, parvo—, sparso—, granular—, medio—, denso—, parvo—, bi—, externomultoganglionar; medio—, denso—, parvotriangular; medio—, módico—, parvofusiforme; limitatus, transgrediens.

Campo 11

No cabe la posibilidad de confundir este campo con ninguno de sus vecinos: 10, 6a. y 12. Sus características son las siguientes:

Cerebro 64.

Sustancia gris de pequeña anchura; típica densidad celular en las láminas V y VI, y considerable anchura en la lámina IV. Los detalles del examen son los siguientes:

L. z.—De grande anchura, con muy poco contenido celular.

L. c.—Lámina angosta. Escaso contenido corpuscular, y particularmente pobre en células triangulares.

L. p.—Lámina angosta, constituída por dos agrupaciones celulares: III_{1+2} a base de células pequeñas en su mayor parte, y medianas; y III_3 constituída por células de tamaño ligeramente mayor, formando una lámina que se destaca por la mediana dimensión de sus elementos y por su aparente y discreta densidad. Es particular al campo la manera como las células piramidales medianas se agrupan en lámina un poco alejada de la capa IV.

L. gr.—Lámina de anchura mediana, rica en granulaciones; algunas pequeñas células piramidales. **Tipo infragranularis.**

L. gl.—Constituída por dos subláminas: Va, densa, constituída por elemento ganglionar triangular de tamaño relativamente grande, y Vb, ocupada por elemento pequeño de tipo ovalar predominantemente. **Tipo supraditior.**

L. t.—Lámina angosta, densa; elemento celular pequeño, ovalado, ligeramente alargado.

L. f.—Angosta, escasa cantidad de contenido celular pequeño

Cerebro 65.

Es típica la estructura de este campo, tanto que no cabe la posibilidad de confundirlo con sus vecinos 10, 6a. y 12.

L. z.—Lámina angosta, escaso contenido celular.

L. c.—Lámina muy angosta. Pobre contenido en corpúsculos muy finos.

L. p.—Lámina aparentemente monopiramidal, pero que un examen detenido permite dividirla en capas con células pequeñas, medianas y grandes. Es particular la manera como las células de esta lámina orientan sus extremidades afiladas en direcciones oblicuas a la superficie de la corteza, circunstancia que no ocurre con la lámina vecina 6a. donde la dirección celular es más bien perpendicular a ella. Es además característica la anchura pequeña de esta lámina.

L. gr.—Anchura mediana; discreta cantidad y esparcida de elemento granular muy fino.

L. gl.—Esta lámina está constituída por elemento muy pequeño y de contornos triangulares bastante precisos; los elementos pequeños se agrupan con predominio en la sublámina Va, los de ligero mayor tamaño en la Vb. Típica distribución **externomultoganglionar.**

L. t.—Lámina mediana, densa; elemento pequeño, ovalado, predominantemente; distribuído en serie, con las extremidades de las células dirigidas perpendicularmente a la superficie.

L. f.—Anchura mediana, discreta cantidad de células alargadas, oblongadas. **Tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

El campo que estamos estudiando es vecino a los 10, 6 y 12, distinguiéndose de los dos últimos en forma precisa. Con el que se le puede confundir es con el 10. Se caracteriza y se diferencia de éste por las particularidades siguientes:

Corteza gris de anchura mediana.

L. z.—Lámina mediana. Discreta cantidad de contenido celular.

L. c.—Lámina angosta provista de escaso número de corpúsculos y pequeñísimas células piramidales.

L. p.—Lámina mediana, ocupada uniformemente por abundantes células de tamaño mediano, repartidas en series de dimensión perpendicular a la superficie, y en tres láminas cuya densidad y contenido pueden apreciarse en las fotografías.

L. gr.—Lámina ancha, densa; granulación de dimensión mediana; escasas células piramidales medianas.

L. gl.—Densa en la sublámina Va, pobre en la Vb. Los elementos en la primera son medianos, alargados; se dirigen perpendicularmente a la superficie; los de la segunda son de dimensión menor, bastante delgados, tipo ovalado preferentemente.

L. t.—Mediana, densa; elemento celular triangular y ovalar. Tanto en la lámina V como en la VI se destacan por su densidad bastante manifiesta, mayor sobre todo en la primera que en la del campo 10.

L. f.—Ancha; contenido celular mediano; tipo de elemento, triangular u ovalado.

Resumen:

Esta capa se caracteriza por el carácter fino y muy pequeño de los elementos que la constituyen, expresión que se ha manifestado sobre todo en el cerebro 65; por la escasa anchura y pobre contenido corpuscular de la lámina II; por la anchura bastante manifiesta de la lámina granular; por el aspecto aparentemente uniforme de las células de la capa III; por la manifiesta densidad celular de la capa ganglionar y tripiramidal; por las dimensiones pequeñas y forma fina y alargada de las células del campo VII.

Mediozonalis; tenui—, módico—, sparso—, parvocorpuscular; medio—, módico—, sparso—, tripiramidal; lato—, módico—, sparso—, parvogranular; medio—, bi—, externomulto—, parvoganglionar; medio—, denso—, parvo—, seriformetriangular; medio—, módicc—, parvofusiforme, Transgrediens.

Campo 4

Ocupando la vertiente interna del surcus olfatorius y extendiéndose hacia la cara interna del hemisferio cerebral, se encuentra el campo 4, de pequeña extensión, vecino de los campos 1, 5, 6 y 4a, de todos los que se distingue por su especial disposición arquitectónica. El único campo con el que puede confundir es con su inmediato, 4a, del que se distingue por los caracteres que pasamos a mencionar:

Cerebro 64.

Sustancia gris de anchura mediana.

L. z.—Lámina ancha; muy pobre su contenido celular.

L. c.—Lámina angosta provista de pequeña cantidad de células corpusculares muy pequeñas. Muy escaso o casi ningún elemento piramidal.

L. p.—Anchura mediana; uniformidad aparente de sus elementos celulares, dispuestos en series ordenadas con sus extremidades dirigidas perpendicularmente a la superficie. Casi todas las células son de tamaño pequeño, siendo muy poco apreciables las células grandes, como ocurre en el campo 4a. Presencia de las tres clásicas subláminas.

L. gr.—Angosta; relativamente abundantes los elementos granulares; células ganglionares pequeñas. **Tipo infragranularis.**

L. gl.—Lámina angosta ocupada por células pequeñas, relativamente escasas, agrupadas en dos subláminas: medianas, relativamente numerosas en Va; de dimensión menor y menos abundantes en Vb.

L. t.—Lámina angosta, provista abundantemente de células pequeñas tipo triangular en su mayor parte.

L. f.—Angosta, ocupada por escasas y pequeñas células tipo oblongado.

Cerebro 65.

El campo 4, en el cerebro 65, tiene los mismos campos vecinos que en el cerebro 64, distinguiéndose de ellos en forma manifiesta. Sólo se le podría confundir con el campo inmediatamente vecino 4a, pero se aparta de él por los caracteres citoarquitecturales siguientes:

Corteza gris de considerable menos anchura que en el campo 4a.

L. z.—Lámina ancha, pero menos que la del campo 4a.

L. c.—Lámina de anchura mediana, ocupada por abundante cantidad de corpúsculos, entre los que es posible anotar algunas pequeñas células piramidales.

L. p.—Lámina menos ancha, menos uniformemente ocupada que la del campo 4a. Sus células no presentan aquellas prolongaciones agudas dirigidas perpendicularmente a la superficie, ni están distribuídas con tanta regularidad en series, como en el campo mencionado. Las células son de dimensiones aparentemente iguales, sin embargo de lo cual es evidente el mayor tamaño de las que ocupan la lámina piramidal inferior.

L. gr.—Lámina de menor anchura que la del campo 4a, con menor contenido granular, y escaso número de células tipo triangular. **Tipo infragranularis**.

L. gl.—Lámina muy angosta **(tenui ganglionaris)**, característica peculiar del campo, provista de células pequeñas en su mayor parte, distribuídas en dos capas: Va y Vb: pequeñas y poco numerosas en la primera, de ligero mayor tamaño y escasas en la segunda.

L. t.—Lámina angosta; abundante contenido celular de forma triangular predominantemente, y de dimensión muy pequeña.

L. f.—Lámina mediana; pequeña cantidad de células triangulares y oblongadas. **Tipo limitatus**.

Cerebro 58.

El campo 4 se distingue enteramente de todos los que le son vecinos, semejándose sólo un tanto al campo 4a, que le sigue. Un estudio comparativo con éste permite establecer las siguiente características.

Sustancia gris de anchura mediana.

L. z.—Lámina ancha, provista de discreta cantidad de células.

L. c.—Lámina angosta. Pobre en contenido granular, y los elementos piramidales pequeños, circunstancias que no son las del campo 4a.

L. p.—Lámina de considerable anchura, uniformemente ocupada por elementos de tamaño mediano predominantemente, y dispuestos en orden; distribuídos en tres láminas: con escasez manifiesta de células grandes en la capa III, con marcada semejanza entre ésta y la sublámina III_2 **(extremodissimilis.)**

L. gr.—Anchura media. Discreta proporción de granulaciones y de pequeñísimas células ganglionares. Tipo infrangranular.

L. gl.—Lámina angosta ocupada por células pequeñas y medianas; las primeras numerosas y agrupadas en la sublámina Va. Las segundas menos numerosas ocupando la sublámina Vb.

L. t.—Lámina angosta; relativamente rica en células; elemento predominantemente triangular.

L. f.—Lámina angosta; escasa cantidad de células triangulares y algunas ovalares.

Resumen:

Se caracteriza esta lámina por la extremada finura de sus elementos celulares en sus diferentes capas; por la anchura y relativa densidad en la capa granular IV; por el aspecto aparentemente uniforme de las células que constituyen la capa III; por el aspecto relativamente denso y por la especial pequeñez y forma de las células de la capa V; por la estrechez y relativa densidad celular de la capa VI; por la anchura de la lámina zonal.

Latozonalis; medio—, módico—, parvo—, partimaliquantocorpuscular; medio—, denso—, parvo—, tripiramidal; medio—, módico—, parvogranular; infragranular—, tenui—, módico—, parvo—, biganglionar; tenui—, denso—, parvo—, triangular; tenui—, módico—, sparso—, parvo—, fusiforme.

Campo 4a.

Inmediatamente por encima del campo 4, y corrientemente a partir de una hendidura de la parte central de la circunvolución orbital interna inferior, se encuentra una variante de campo 4 con caracteres tan particulares que hemos creído conveniente estudiarlo aparte, como campo independiente. Este es el campo 4a.

Cerebro 64.

Corteza ligeramente más ancha que en el campo 4.

L. z.—Mediana anchura; muy escaso contenido celular.

L. e.—Muy angosta; particularmente pobre en elemento corpuscular; escasísimas células piramidales pequeñas.

L. p.—Como en el campo 5 las células que llenan esta lámina son muy pequeñas, pero se distinguen de las que les son propias a aquél por su disposición algo desordenada; por no llenar la lámi-

na uniformemente, y porque los contornos celulares francamente triangulares se aprecian con nitidez. Presentan células pequeñas, medianas y grandes en las tres clásicas subláminas.

L. gr.—Lámina más ancha que la del campo 4 y menor su contenido granular; escasas células, pequeñas triangulares.

L. gl.—Lámina más ancha que la del campo 4; elementos repartidos en dos capas; numerosas y relativamente grandes en la Va, escasos, algo pequeños y de tipo ligeramente alargado en la capa Vb.

L. t.—Lámina de mayor anchura que en el campo 4; elementos ovalados, alargados, dispuestos ordenadamente en serie.

L. f.—Lámina más ancha que en el campo 4; mayor riqueza celular; elemento alargado, ovalado predominantemente; **Tipo limitatus.**

Cerebro 65.

L. z.—Lámina ancha; discreta cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina angosta; relativamente densa; células corpusculares muy pequeñas; ausencia o escasa proporción de células piramidales pequeñas.

L. p.—Esta lámina se caracteriza por la abundante cantidad de células piramidales pequeñas, alargadas, repartidas uniformemente y dirigidas perpendicularmente a la superficie. Por su abundancia, uniformidad de sus dimensiones y distribución que colma enteramente la lámina, se distingue de su similar del campo 4. Células pequeñas, medianas y grandes distribuídas en las tres clásicas subláminas.

L. gr.—Lámina más ancha, más rica en granulaciones, y más pequeñas que las del campo 4. **Tipo infragranular.**

Lámina más ancha y más densamente ocupada que la del campo 4. Sus elementos son pequeños, tipo alargado y ovalado, dirigidos perpendicularmente a la superficie del cerebro; se distribuyen en dos grupos; pequeñas células en la sublámina Va, y medianas en la sublámina Vb. Por su densidad, dimensión celular y distribución ordenada y perpendicular a la superficie esta lámina

se distingue con precisión marcada, de la del campo 4. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina más ancha que la del campo 4, densamente ocupada por elemento alargado, pequeño, oblongado, de distribución ordenada en serie.

L. f.—Lámina ancha; elemento más abundante y más fino que en el campo 4; células alargadas, oblongadas. **Tipo limitatus.**

Cerebro 58.

Corteza gris de anchura mediana.

L. z.—Lámina más angosta que la del campo 4.

L. c.—Lámina de anchura mediana, mucho más densa que la del campo 4, ocupado por abundante cantidad de "células corpusculares" y considerable proporción de células piramidales pequeñas. **(Tipo partimmagnocorpuscular** .

L. p.—Esta lámina se distingue de la del campo 4 por su menor contenido celular, por la distribución un tanto desordenada de los elementos que la integran, cuyo ejes principales se dirigen perpendicularmente a la superficie, por la forma de las células piramidales que lejos de ser alargadas como en el mensionado campo. lo son anchas, gruesas. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina mediana, con menor cantidad de granulaciones que en el campo 4, y algo más dispersas.

L. gl.—Lámina mediana, ocupada por abundantes elementos, que se distribuyen en dos subláminas: elemento pequeño y abundante en Va, de mayor dimensión y más escaso en Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Anchura mediana. Discreta cantidad de elemento alargado, oblongado; distribución ligeramente ordenada en serie.

L. f.—Anchura mediana; discreta cantidad de elemento celular tipo alargado y oblongado. **Tipo limitatus.**

Resumen:

Este campo se caracteriza por la lámina zonal ancha, por la discreta cantidad de elemento corpuscular en la capa II; por su manifiesta densidad y tipo magnocorpuscular de su contenido, co-

mo ocurre en el cerebro 58; por el tipo pequeño y formas aguda de las células y uniformidad de distribución de ellas en la capa III; por la anchura, densidad y tipo de granulación fina de la capa IV, o de dimensión menor y escaso contenido de la misma, como ocurre en el cerebro 58; por la calidad particularmente fina y cantidad abundante de los elementos que integran la lámina ganglionar, distribuídos ordenadamente en series perpendiculares a la superficie del cerebro; por el carácter delgado de las células que ocupan la lámina VI.

Latozonalis; mediozonalis; medio—, denso—, parvocorpuscular, o partimmagnocorpuscular (cerebro 58); lato—, denso—, parvotripiramidal; medio—, módico—, sparsogranular; lato—, denso—, parvogranular (cerebro 65); medio—, módico—, parvoganglionar; medio—, módico—, parvoseriformetriangular; medio-módico—, parvofusiforme; limitatus.

Campo 6.

Ocupando parte extensa del gyrus rectus, aproximadamente los dos tercios posteriores de éste, se encuentra el campo 6, situado entre sus vecinos 7, 4, 13 y 6a, distinguiéndose de éstos por los caracteres siguientes:

Cerebro 64.

Sustancia gris angosta.

L. z.—Lámina de escasa anchura; relativamente rica en elemento celular.

L. c.—Lámina delgada; discreta cantidad de elemento corpuscular fino y muy escasas células piramidales pequeñas.

L. p.—Lámina angosta, densamente ocupada por células pequeñas, de contornos precisos, distribuídas en series perpendiculares a la superficie y agrupadas de conformidad con sus dimensiones en la lámina III_1, a base de elemento pequeño, y en la lámina III_{2+3}

con predominio del elemento mediano; muy escasas células piramidales grandes. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina mediana. densa; ocupada por granulación abundante y fina, con muy escasos elementos ganglionares.

L. gl.—Lámina muy angosta, ocupada por dos clases de células: triangulares, abundantes y provistas de granulación en Va. alargadas, pequeñas, menos numerosas en Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina angosta. densamente ocupada por elemento pequeño de forma alargada en su mayor parte y triangular.

L. f.—Lámina angosta, provista de muy escasa cantidad de células fusiformes, pequeñas y delgadas.

Cerebro 65.

Corteza gris de anchura mediana.

L. z.—Anchura mediana, alguna cantidad de elemento celular.

L. c.—Lámina delgada, provista de muy pequeña cantidad de elemento corpuscular algo disperso.

L. p.—Lámina mediana, discreta y dispersa cantidad de elemento celular distribuído desordenadamente, sin aquella uniformidad, densidad y apariencia completa de las células que se presenta del campo 6a. Dos subláminas: III_1, a base de elemento pequeño y III_{2+3} a base de células grandes y medianas predominantemente. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina mediana, muy pobre contenido granular disperso.

L. gl.—Lámina angosta; escasa cantidad de células, dispersas. distribuídas en dos subláminas: pequeñas, triangulares, provistas de granulación en Va, de mayor dimensión, alargadas, considerablemente menos numerosas en Vb.

L. t.—Lámina mediana; muy discreta cantidad de elemento celular alargado, predominantemente triangular, dispuesto un tanto desordenadamente.

L. f.—Lámina angosta, provista de muy escasa cantidad de células pequeñas, triangulares.

Por la descripción anotada y por la comparación de las fotografías se establece claramente la diferencia de este campo con el 6a, siendo particular la divergencia en las láminas III, IV, V y VI.

Cerebro 58.

Sustancia gris de escasa anchura.

L. z.—Mediana, de menor extensión que la del campo 6, con mayor contenido celular.

L. c.—Angosta, escaso contenido granular, pobre en elemento piramidal pequeño, de menor densidad que la del campo 6a.

L. p.—Lámina angosta, densa. Elementos de contornos triangulares precisos, distribuídos en dos subláminas: III_1 y III_{2+3}, con predominio en éste de las células piramidales medianas. Las células de este campo no adoptan el aspecto uniforme, la distribución ordenada del campo 6a.

L. gr.—Lámina mediana, densa, ocupada por granulación de tamaño mediano, mayor que la del campo 6 y por algunas células ganglionares pequeñas.

L. gl.—Lámina angosta, densa, ocupada por elementos repartidos desordenadamente. Dos subláminas: Va y Vb, la primera ocupada por elemento ganglionar relativamente grande, y abundante, y la segunda por células de menor tamaño, un poco alargadas, y ligeramente en menor proporción. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina mediana, densamente ocupada por células medianas, no ordenadas, de tipo ovaldo preferentemente.

L. f.—Lámina mediana; escaso contenido de células alargadas de mediana dimensión.

Resumen.

Se caracteriza este campo por la anchura mediana de la lámina zonalis; por el escaso grosor y aspecto poco denso de la lámina corpuscular; por la mediana anchura, pequeñez relativa y aspecto ordenado (cerebro 58-cerebro 64) o desordenado (cerebro 65) de las células que constituyen la lámina piramidal III; por la anchura mediana y la densidad relativa de la lámina granular IV; por la es-

trechez de la lámina V, ocupada por células muy pequeñas de tipo ligeramente ovalado o triangular; por la manera densa como las células se encuentran agrupadas en una lámina VI.

Mediozonalis; tenui—, módico—, parvocorpuscular; tenui—, denso—, parvo—, bitripiramidal; medio—, denso—, parvogranular; medio—, parvo—, externomultoganglionar; medio—, denso—, parvotriangular; medio—, módico—, sparsofusiforme.

Campo 6a.

Cerebro 64.

Es notablemente distinto este campo que su vecino inmediato 6. Los caracteres que lo distinguen son los siguientes:

L. z.—Mediana; escasa en contenido celular.

L. c.—Angosta; discreta cantidad de granulación muy pequeña.

L. p.—Mediana, poco densa, ocupada por células piramidales, triangulares, dispuestas un poco desordenadamente; distribuídas en dos láminas, una de medianas y pequeñas células III_{1+2} y otra de medianos y grandes elementos III_{3}, ocupando dos espacios respectivos de modo no uniforme.

L. gr.—Lámina mediana; cantidad relativamente abundante de granulación fina, y algunas células piramidales muy pequeñas.

L. gl.—Lámina mediana; dos tipos celulares: triangulares, numerosas, densamente agrupados en Va; escasos, ovalares, alargados, en Vb. **Tipo supraditior.**

L. t.—Mediana, rica en células alargadas, oblongadas, constituyendo densa capa que se destaca con precisión en todo el campo.

L. f.—Mediana, discreta cantidad de células; elemento alargado y delgado. **Tipo limitatus.**

Cerebro 65.

En este cerebro se aprecia con toda precisión las características citoarquitecturales que distinguen al campo 6a. de su vecino, el campo 6. El examen proporciona los siguientes datos:

Sustancia gris de anchura mediana.

L. z.—Anchura mediana; numerosos elementos celulares.

L. c.—Angosta, abundante cantidad de elementos corpusculares muy pequeños.

L. p.—Lámina ancha, células piramidales de tipo fino predominantemente, ocupando de manera uniforme la anchura total de la lámina; caracteres de dimensión laminar, forma y distribución celular que lo distinguen enteramente del campo 6º Dos subláminas: III_{1-2}, ocupada por elementos pequeños y medianos, con predominio de éstos y III_3, constituída por células abundante, medianas, y grandes, en menor proporción.

L. gr.—Lámina ancha, abundantemente provista de granulación muy fina, y muy escasas células piramidales pequeñas; límites bastante precisos.

L. gl.—Mediana, ocupada por células pequeñas en casi su totalidad. Dos subláminas: la superior, ocupada por elemento pequeño y numeroso, y la inferior de tamaño ligeramente mayor; la primera está provista de relativa cantidad de granulaciones; la segunda, pobre de ellas.

L. t.—Lámina angosta, ocupada por células muy pequeñas, triangulares predominantemente; de extremidades afiladas, dispuestas ligeramente en orden.

L. f.—Lámina mediana, relativamente rica en elemento celular piramidal y oblongado.

Cerebro 58.

Sustancia gris de mediana anchura.

L. z.—Lámina mediana. escaso contenido celular.

L. c.—Lámina angosta; discreta cantidad de células corpusculares y algunas células piramidales pequeñas.

L. p.—Lámina mediana, de mayor anchura que la del campo 6, con menor número de células de tamaño ligeramente mayor que en éste.—Dos subláminas: III_{1+2} con elemento pequeño y mediano prepredominando el último; y III_3, ocupado por células de tamaño ligeramente mayor. **Tipo extremosimilis.**

L. gr.—Anchura de la lámina, contenido granular, y dimensión de este elemento, mayor que en el campo 6. **Tipo infragranularis**.

L. gl.—Anchura mediana; relativamente abundante la cantidad de células ganglionares, ligeramente grandes y numerosas en Va. de menor dimensión, alargadas y menos abundantes en Vb. **Tipo aequodives**.

L. t.—Lámina mediana; cantidad discreta de células de tipo alargado triangular y ovalar.

L. f.—Lámina bastante ancha, provista de abundantes células pequeñas, ovalares y triangulares.

Resumen:

Se caracteriza este campo por la lámina zonal de mediana anchura provista de discreta cantidad de células; por lo angosta de la lámina II ocupada por relativa cantidad de granulación muy fina; por la anchura mediana de la lámina piramidal (de mayor dimensión en el cerebro 65) ocupada por pequeños elementos, y distribución aparentemente uniformes; por la riqueza granular en elemento fino, contenido en lámina de anchura mediana de la capa IV; por la riqueza y densidad celular en la lámina V, sobre todo en el cerebro 64, y por la pequeñez y finura de los elementos que la integran en los cerebros 65 y 58; por la densidad, distribución y apariencia delgada de las células en la lámina VI; por la relativa anchura y discreto contenido celular a base de elemento pequeño, alargado y ovalar en la lámina VII.

Mediozonalis; tenui—, sparso—, parvocorpuscular; medio—, módico—, parvo—, bipiramidal; medio—, denso—, parvogranular; medio—, denso—, parvo, bi—, internomultoganglionar; medio—, denso—, parvoseriformetriangular; lato—, módico, sparso—, parvofusiforme; transgrediens.

Campo 7.

En la cara orbitaria del lóbulo frontal, en la parte posterior e interna del "**Girus rectus**" formando parte de la vertiente interna del **sulcus olfatorius**, y vecino a los campos 6 y 13, se encuentra el

campo 7, cuyas características, comparándolas con el campo inmediato vecino, 6, son las siguientes:

Cerebro 64.

Corteza gris mediana; aspecto típico disperso y pequeño de las células que constituyen sus diferentes láminas, en especial las que ocupan los campos 3 y 5, circunstancias todas ellas que permiten distinguirlo con toda evidencia del campo 6.

L. z.—Lámina ancha, de muy escaso contenido celular.

L. c.—Lámina relativamente angosta, con muy escaso contenido corpuscular.

L. p.—Lámina mediana, más ancha que la del campo 6; ocupada por elementos pequeños dispersos, sin aquel aspecto de densidad tan particular al campo 6, y sin acusar las células piramidales aquel aspecto íntegro que se presenta en el referido campo 6. Presenta dos subláminas: una superior III_{1+2} provista de células pequeñas y medianas, y una inferior III_3 donde los elementos de mayor tamaño se muestran con toda evidencia aunque muy escasos.

L. gr.—Lámina mediana; muy escaso y disperso su contenido granular, en contraste con la apariencia densa de la lámina similar en el campo 6. Límites de la lámina marcados con alguna precisión.

L. gl.—Lámina angosta, ocupada por muy pequeña cantidad de elemento ganglionar disperso, pequeño y ligeramente acumulado en Va; mediano y en mayor proporción en Vb. Por su pobreza en células, escasa densidad, y por la forma particular que presentan las células de esta lámina, este campo se diferencia del 6.

L. t.—Lámina mediana, módica cantidad de elementos, triangulares predominantemente, y escasos y pequeños ovalares.

Las células de esta lámina no tienen aquella forma delgada peculiar del campo 6, ni se muestran agrupadas en forma tan densa como en éste. Todos estos caracteres hacen que se acentúen más las diferencias con el campo 6.

L. f.—Lámina mediana, muy escasa cantidad de células de forma triangular. **Tipo limitatus**.

Cerebro 65.

Sustancia gris relativamente ancha; considerable riqueza celular en comparación con el campo 6; aspecto de repleción más uniforme y más plena de sus diferentes láminas.

L. z.—Lámina de anchura mediana; abundante cantidad de células.

L. c.—Lámina angosta; discreta cantidad de elemento corpuscular y muy escasos elementos triangulares.

L. p.—Lámina mediana; rica en elemento celular pequeño dispuesto en forma más ordenada que en el campo 6; dos subláminas: III_{1+2} y III_3, la primera ocupada por elemento pequeño y mediano, y la segunda III_3 por células de dimensión ligeramente mayor.

L. gr.—Lámina mediana; mayor cantidad de granulación fina que en el campo 6.

L. gl.—Lámina mediana, de mayor riqueza celular que la del campo 6, dividida en dos capas: Va, a base de elemento abundante, mediano, con células más uniformemente morfológicas que las de la sublámina similar del campo 6, y Vb, constituída por elemento de dimensiones menores, menos abundantes y provistas de cierta cantidad de granulaciones. Por estas circunstancias este campo se diferencia aun más del 6.

L. t.—Anchura mediana; mayor densidad y mayor riqueza celular que en el campo 6. Células ovalares predominantemente.

L. f.—Lámina angosta; escaso contenido celular, pequeño, mediano.

Cerebro 58.

Sustancia gris de anchura mediana.

L. z.—Provista de regular cantidad de elemento celular muy pequeño.

L. c.—Angosta; escaso contenido de células corpusculares pequeñas.

L. p.—Lámina ligeramente más ancha que la del campo 6, más uniformemente ocupada por células tipo mediano, distribuídas en

mejor orden que en el campo 6 y agrupadas en dos subláminas: III_{1+2} a base de elemento mediano y pequeño, predominando el primero y III_3 ocupada por elemento de mayor dimensión.

L. gr.—Anchura mediana; ligeramente densa; abundante cantidad de células piramidales muy pequeñas.

L. gl.—Lámina angosta, menos densa que en la del campo 6, dividida en dos capas: Va, ocupada por el elemento triangular de tamaño mediano y Vb, por elemento de mucha menor dimensión, escaso y más repartido.

L. t.—Lámina angosta sin la densidad de la del campo 6; predominio del elemento triangular.

L. f.—Lámina angosta, escaso contenido de células triangulares; **limitatus**.

Resumen:

La sustancia gris es a este nivel de dimensión mediana. La lámina zonal es ancha en uno de los cerebros, mediana en los otros dos; la lámina corpuscular es angosta, relativamente rica en células de dimensión pequeña, con escaso o ningún contenido de células triangulares pequeñas; la lámina piramidal es ancha, provista de elemento celular mediano, que la ocupa en manera uniforme y ordenada; la lámina granular es mediana, provista de elemento fino y relativamente abundante; la lámina ganglionar es mediana, provista de elemento pequeño, ligeramente densa en la capa Va; la lámina triangular mediana, ocupada por elemento triangular distribuído unas veces desordenadamente, y otras en serie; la lámina fusiforme mediana, provista de escasa cantidad de células dispersas y de pequeña dimensión.

Mediozonalis; latozonalis; tenui—, módico—, parvocorpuscular; medio—, módico—, parvo—, bipiramidal; medio—, módico—, parvogranular—, medio—, parvo—, módico—, biganglionar; medio—, módico—, parvotriangular; medio—, módico—, parvofusiforme. Limitatus.

Campo 5.

En la cara orbitaria del lóbulo frontal por fuera del "sulcus olfatorius" y ocupando los dos tercios anteriores de la segunda circunvolución orbitaria, se encuentra el campo 5, vecino a los campos 8, 9, 51 y 1, teniendo por límite interno el campo propio del surco olfatorio.

Cerebro 64

Con el único campo vecino con el que se le puede confundir es con el campo 8. El estudio que vamos a realizar ha de permitir establecer las características que le diferencian de aquél

Sustancia gris de mediana anchura.

L. z.—Ancha, poca cantidad de células muy pequeñas.

L. c.—Lámina angosta; discreto su contenido de células corpusculares pequeñas.

Lámina ancha, con abundantes células de tamaño mediano predominantemente, dispuestas ordenadamente, y ocupando de modo uniforme toda la extensión de la capa. Aparentemente las células tienen la misma dimensión, pero puede distinguirse que las pequeñas se agrupan en la lámina superior III y que las mayores ocupan la sublámina III_{2+3}.

L. gr.—Lámina mediana; escasa y dispersa cantidad de granulaciones de tamaño pequeño, con muy escasas células piramidales. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Lámina mediana ocupada por escasas células de tipo triangular, menos numerosas que en el campo 8, y por esto en agrupación considerablemente menos densa. Se le divide en dos sublá-

minas: elementos escasos y pequeños en la capa Va, de mayor dimensión y más escasos en la Vb. **Tipo aequodives**.

L. t.—Lámina relativamente densa, mediana, ocupada por elemento morfológicamente distinto al del campo 8. En el campo 5 las células son de borde redondeado, muy pocas de contorno agudo, escasas las células pequeñas ovalares; en el campo 8, en cambio, las células son predominantemente triangulares, de bordes agudos, siendo muy escaso el elemento ovalado.

L. f.—Lámina mediana: contenido discreto en células pequeñas tipo ovalado. **Tipo limitatus**.

Cerebro 65.

Los caracteres citoarquitecturales del campo 5 en el cerebro 65 son de tal modo característicos que no permite confundirlo con ningún otro campo vecino. El análisis microscópico ofrece los siguientes datos:

Sustancia gris ancha.

L. z.—Lámina mediana, con abundante contenido celular muy fino.

L. c.—Lámina muy angosta, con muy escaso contenido de células corpusculares y algunos elementos piramidales.

L. p.—Lámina ancha, no tan densa como en el campo 8 (con el que estamos haciendo el estudio comparativo); células poco apreciables en su integridad; escasos elementos grandes en la lámina inferior sin aquella riqueza de éstos, y la forma típicamente triangular del campo 8; se pueden apreciar dos clases de grupos celulares: III_1 a base de elemento pequeño, y III_{2+3}, con contenido mediano y grande, predominando el primero; junto con estas dos clases de elementos se encuentran numerosas células pequeñas.

L. gr.—Lámina de anchura mediana, con escaso y disperso contenido granular, sin los caracteres de densidad y grosor de la lámina similar en el campo 8. **Tipo infragranularis**.

L. gl.—Dos grupos de células comprende esta lámina: elemento pequeño, módico, rodeado de granulaciones en Va; ligeramente de mayor dimensión, aun más escaso, y provisto de escasas granulaciones en Vb.

L. t.—Lámina angosta; muy escasa cantidad de células oblongadas, redondeadas, dispuestas en desorden.

L. f.—Lámina mediana; muy escaso contenido celular de tipo pequeño. **Tipo limitatus.**

Cerebro 58.

Corteza gris más ancha que en el campo 8.

L. z.—Lámina ancha; discreto contenido celular.

L. c.—Lámina angosta, escasa cantidad de células corpusculares finas.

L. p.—Lámina de relativa anchura, ocupada por células de contornos agudos, bastante bien definidos, alargadas, dispuestos en orden, en series perpendiculares a la superficie, y ocupando la lámina con bastante uniformidad. Dos subláminas: elemento pequeño en la sublámina III; mediano y grande, predominando el primero en la sublámina III_{2+3}. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina mediana, con numerosa cantidad de granulaciones, bastante bien limitadas dentro del marco de la lámina. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Lámina mediana, ocupada por elemento ganglionar de tamaño mediano predominantemente, con células pequeñas, numerosas y rodeadas de granulaciones en Va, y elemento de tamaño ligeramente mayor y menor numerosa en la sublámina Vb.

L. t.—Lámina angosta, de mayor anchura que la del campo 8, provista de células medianas, ovaladas, dispuestas ligeramente en orden.

L. f.—Lámina mediana, provista de discreta cantidad de elementos celulares ovalados o redondeados.

Resumen:

La corteza gris tiene a este nivel una regular anchura. La lámina zonal es ancha, provista de escasa cantidad de granulaciones; la lámina corpuscular angosta posee escaso contenido de células muy pequeñas; la lámina piramidal ancha, está uniformemente ocupada por células alargadas de dimensiones aparentemente

iguales, con predominio del elemento mediano; la lámina mediana, granular, encierra células numerosas de pequeña dimensión, y escasas células triangulares; escaso es el contenido de la lámina ganglionar, con predominio del elemento mediano; angosta, módica de contenido, elemento triangular predominantemente en la lámina VII; mediana; pobre en células, elemento pequeño y ovalado en la lámina fusiforme.

Latozcnalis; tenui—, módico—, .parvocorpuscular; .medio—, denso—, bipiramidal; medic—, módico—, parvogranular; infragranular; tenui—, módico—, parvo—, bipiramidal; tenui—, módico—, parvofusiforme.

Campo 8.

Ocupando el tercio posterior de la primera circunvolución orbitaria e inmediatamente vecina al "sulcus olfatorius" se encuentra el campo 8 que se distingue del campo 5 por el estudio que hemos hecho en el capítulo anterior y diferenciándose del campo contiguo inmediato 9, por los caracteres que vamos a exponer en seguida:

Cerebro 64.

Anchura mediana de la sustancia gris.

L. z.—Mediana, pobre en contenido celular.

L. c.—Lámina angosta; contenido abundante de elemento corpuscular pequeño y algunas células piramidales pequeñas.

L. p.—Lámina mediana; células dispuestas en orden, de contornos bastante precisos, agrupados en dos subláminas, en la III_{1-2} las pequeñas y medianas, y en la III_3 las grandes. **Extremosimilis.**

L. gr.—Lámina mediana, de relativa densidad, provista de cierto número de células oblongadas.

L. gl.—Muy angosta, ocupada por células pequeñas y medianas, todas de forma triangular, agrupadas las primeras en la sublámina Va y las segundas en la Vb.

L. t.—Lámina angosta, densa; células triangulares predominantemente en desorden.

L. f.—Lámina delgada, provista con escasa cantidad de células triangulares pequeñas.

Cerebro 65.

Corteza gris mediana.

L. z.—Mediana, pobre en contenido celular.

L. c.—Ligeramente mediana, provista de discreta cantidad de elemento corpuscular fino.

L. p.—Mediana, provista de numerosa cantidad de células ligeramente alargadas, cuyas extremidades agudas tienen dirección perpendicular a la superficie. Los elementos se agrupan en dos subláminas: los pequeños y medianos en la sublámina III_{1+2}, y los de mayor tamaño en la sublámina III_3. **Tipo extremosimilis.**

L. gr.—Lámina relativamente ancha, de límites precisos, ocupada por granulación muy fina, y por relativamente numerosas células de forma triangular.

L. gl.—Lámina angosta, escasamente provista de células predominantemente triangulares que se agrupan en discreta cantidad en la lámina Va, y aun en menor cantidad en la sublámina Vb. Ambas están rodeadas de granulaciones; siendo más numerosas en la sublámina inferior que en la superior.

L. t.—Lámina angosta, constituída por elemento triangular y ovalado dispuestas desordenadamente y de pequeño tamaño.

L. f.—Mediana; relativamente abundante en células triangulares; **limitatus.**

Cerebro 58.

Corteza gris de pequeña anchura.

L. z.—Mediana, provista de escasa cantidad de células muy pequeñas.

L. c.—Tenue; células corpusculares muy finas en cantidad discreta y algunas pequeñas células triangulares.

L. p.—Lámina mediana. Elementos piramidales que se distribuyen en orden y que se agrupan en una subllámina superior III_{1+2} con células medianas y pequeñas predominando las primeras, y III_3 ocupada por elementos piramidales más grandes que las supeperiores. **Extremosimilis.**

L. gr.—Lámina mediana.; abundante cantidad de granulaciones pequeñas. y relativamente numerosas células triangulares. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Lámina estrecha ocupada por células ovalares predominantemente que se agrupan en dos subláminas, pequeñas y escasas en Va. de ligero mayor tamaño y aun menos numerosas en Vb.

L. t.—Lámina estrecha; pobre cantidad de elemento celular predominantemente ovalado.

L. f.—Angosta; escaso número de células redondeadas; limitatus.

Resumen:

La sustancia gris es de mediana anchura. La lámina zonal predominantemente ancha; angosta, discreta en contenido de elemento fino la lámina corpuscular; mediana, relativamente rica en células algo alargadas, dispuestas, ordenadamente en series perpendiculares a la superficie distribuídas en dos subláminas, las células de la lámina piramidal; relativamente ancha, con rico contenido granular fino la lámina IV; estrecha, poco densa con células pequeñas la lámina ganglionar; mediana, de escasa densidad (excepción hecha en el cerebro 64) provista de elemento pequeño la lámina triangular; estrecha (ancha en el cerebro 65) pobre en elemento celular (relativamente rica en el cerebro 65) la lámina fusiforme.

Latozonalis—, tenui—, módico—, parvocorpuscular; medio—, módico—, bipiramidal, extremosimilis; medio—, denso—, parvogranular; tenui—, módico—, parvo—, bipiramidal; medio—, módico—, parvotriangular; tenui—, módico—, parvofusiforme; limitatus; transgrediens. (cerebro 65).

Campo 9

Cerebro 64.

Al lado del campo 8, y en la parte posterior del 5, vecino con aquél y con la zona de Broca, se encuentra el campo 9 cuyos caracteres citoarquitecturales son los siguientes:

Corteza gris ancha; rica en células en la mayor parte de sus capas, distinguiéndose sobre todo en este sentido las capas III, IV y V, la segunda de las cuales es tan ancha, y tan especial en su disposición celular, que hemos creído conveniente dividirla en dos subláminas.

Los caracteres particulares al campo son los siguientes:

L. z.—De anchura mayor que la del campo 8, con menor contenido celular.

L. c.—Angosta; regular cantidad de elemento corpuscular fino.

L. p.—En esta lámina, las células piramidales de la sublámina III, son más numerosas, de evidente mayor tamaño y de contornos más netos que las del campo 8, hallándose todas agrupadas en forma un poco densa en la sublámina III^3. Una sublámina superior III^{1+2} contiene elementos medianos y pequeños en mayor proporción los primeros que los últimos, y distribuídos en forma ligeramente dispersa. Llama la atención en esta lámina la existencia en la capa inferior III^3 de células piramidales bastante grandes, como no se ha encontrado en los campos hasta este momento descritos. **Tipo extremosimilis.**

L. gr.—Lámina ancha, de mayor amplitud que la del campo 8, densa, ricamente provista de granulaciones de dimensión un poco mayor que las del referido campo 8; se la puede dividir en dos subcapas: lámina IVa y IVb; en la primera las granulaciones son

de tamaño mediano, y están entremezcladas con células gangliona-res pequeñas; en la segunda, el tipo de la granulación es más pe-queño, y la proporción de elementos ganglionares pequeños mucho menor. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Lámina mediana; ligeramente densa, provista de célu-las grandes y ligeramente alargadas y rodeadas en parte por gra-nulaciones en la sublámina Va; de células de menor tamaño más escasas en la sublámina Vb. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina angosta ocupada por elemento mediano, alarga-do, ovalado; dispuesto un poco ordenadamente.

L. f.—Ancha, provista de cantidad regular de células alarga-das, finas y ovaladas. **Limitatus.**

Cerebro 65.

Corteza gris bastante ancha.

L. z.—Mediana, provista de escasa cantidad de células muy finas.

L. c.—Mediana; cantidad módica de elemento corpuscular muy pequeño, y escasas células piramidales pequeñas.

L. p.—Lámina mucho más ancha que la del campo 8, provista de numerosas células aunque no agrupadas en la manera densa del referido campo 8. Dos subláminas pueden considerarse en esta ca-pa; la superior III_{1+2} está constituída por elemento mediano y pe-queño, predominando el primero, y distribuído no en la forma densa y regular que en el campo 8; y la inferior III_3, provista de elementos grandes, algunos de los cuales presentan dimensiones verdaderamente notables, lo que, como en el cerebro anterior, es ex-presión de una característica especial.

L. gr.—Lámina bastante ancha, que puede ser dividida en dos subláminas: IVa con granulaciones de mediana dimensión, y IVb con elemento más pequeño, y numerosas células piramidales. **Tipo infragranular.**

L. gl.—Lámina mediana, provista de abundante cantidad de elemento mediano, lo que la diferencia del campo 8, dividida en dos capas, la superior provista de elemento triangular y relativa-

mente abundante, la inferior, Vb, ocupada por elemento más fino y escaso. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina mediana, de considerable mayor extensión que la del campo 8, más densa que en éste, provista de células triangulares, oblongadas y alargadas, predominando las últimas.

L. f.—Lámina considerablemente más ancha que la del campo 8, más rica en células que en éste, provista de células alargadas, oblongadas. **Tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

Sustancia gris bastante ancha.

L. z.—Lámina ancha, provista de discreta cantidad de células.

L. c.—Lámina mediana, ocupada por células corpusculares muy pequeñas y algunas células piramidales de muy pequeña dimensión.

L. p.—Lámina más ancha que la del campo 8, con mayor contenido celular; elementos distribuídos en dos capas; los medianos y los pequeños en una capa superior, los grandes en la sublámina III^3. A pesar de que el elemento dominante en esta lámina es el grande, no hemos encontrado en ella las grandes células piramidales a que nos hemos referido en los cerebros 64 y 65.

L. gr.—Lámina considerablemente más ancha que la del campo 8, dividida en dos capas: una superior, IVa, y otra inferior IVb, ambas provistas de granulación abundante y fina, pero distinguiéndose la segunda de la primera por la numerosa cantidad de células triangulares, ganglionares.

L. gl.—Lámina mediana, provista de escasa cantidad de células, que en disposición, forma y densidad se distinguen de las del campo 8. Puede dividirse esta lámina en dos subláminas, una superior Va, provista de elemento pequeño y ligeramente numeroso, y otra inferior Vb, ocupada por elemento más grande, alargado, escaso. **Tipo aequodives.**

L. t.—Lámina mediana, más densa que en el campo 8; elemento alargado y ovalado predominantemente.

L. f.—Lámina ancha, de mucha mayor anchura que la del campo 8, provista de abundante cantidad de células de tipo alargado y oblongado

Resumen:

Este campo se distingue: por la anchura considerable de la corteza gris; por la riqueza celular y densidad especial de todos sus campos; por la anchura de la lámina zonal; por la relativa extensión de la lámina corpuscular y su contenido módico en elemento pequeño; por la anchura de la lámina piramidal, ocupada por abundante cantidad de células de forma triangular típica; destacándose en la sublámina III3, algunas de tamaño considerable; por la anchura de la lámina IV ocupada por abundante cantidad de granulación fina; por la anchura mediana del campo 5 provista de abundantes células tipo mediano, triangulares, algunas de ellas de dimensión muy grande; por la mediana anchura de la capa VII, cuyas células pertenecen en su mayor parte al tipo alargado y ovalado; por la anchura considerable de la lámina VII cuyas células son de tipo redondeado.

Latozonalis; medio—, módico—, parvocorpuscular (tenui—, corpuscular en el cerebro 64); lato—, denso—, bipiramidal; lato—, denso—, parvo—, bigranular; medio—, módico—, parvo—, biganglionar (magno-ganglionar en el cerebro 64); medio—, módico—, parvotriangular; lato—, módico—, fusiforme. Limitatus.

Campo 12.

Vecino a los campos 10, 11, 6, 61, 13, 14 y 15 y con especiales características citoarquitecturales, se encuentra en la cara interna del cerebro el campo 12. El examen microscópico proporciona los siguientes datos:

Cerebro 64.

Sustancia gris algo estrecha.

L. z.—Angosta, en contraste marcado con el campo 15, que posee una lámina zonal bastante ancha; discreto contenido celular.

L. c.—Lámina mediana, provista de cantidad módica de elemento corpuscular, y numerosas células piramidales pequeñas.

L. p.—Lámina relativamente angosta, provista de elementos medianos predominantemente, agrupados en dos subláminas, los pequeños en la sublámina III y los medianos y grandes en la sublámina III_{2+3}, predominando los primeros. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina mediana provista de abundante cantidad de granulación de dimensión intermedia, con límites bastante precisos.

L. gl.—Lámina angosta, subdividida en dos capas; la primera ocupada por elemento triangular y pequeño, y las segundas por células de dimensión un poco mayor y escasas.

L. t.—Lámina angosta, densa, abundantemente provista de células triangulares y ovaladas dispuestas un tanto desordenadamente.

L. f.—Lámina ancha, ocupada por abundante cantidad de células alargadas dispuestas en series ordenadas. **Tipo limitatus.**

Cerebro 65.

L. z.—Lámina angosta, escaso contenido celular.

L. c.—Lámina mediana; escaso contenido en células corpusculares.

L. p.—Lámina mediana; provista de células que se distribuyen en dos capas: una superior III_1 ocupada por elemento triangular pequeño y otra inferior III_{2+3}, de mayor anchura, ocupada por menor número de células de tamaño mediano predominantemente. **Tipo extremodissimilis.**

L. gr.—Lámina ancha, ocupada por abundante cantidad de granulaciones entre las células piramidales, de la capa superior. **Tipo supragranular.**

L. gl.—Lámina ancha, provista de doble clase de elementos celulares: pequeños, triangulares, ligeramente redondeados, provistos de granulaciones en Va, y más pequeños aun, alargados o triangulares, en escaso número en Vb.

L. t.—Lámina mediana, provista de células alargadas, delgadas, distribuídas en dos subcapas, VIa y VIb: en la primera los

elementos son relativamente de mediana dimensión y algo numerosos; en la segunda, VIb, son considerablemente pequeños y en menor cantidad.

L. f.—Lámina mediana, discreta cantidad de elemento pequeño y tringular. **Tipo transgrediens.**

Cerebro 58.

L. z.—Lámina ancha; discreta cantidad de contenido celular.

L. c.—Lámina angosta, cantidad módica de elemento corpuscular y células piramidales pequeñas.

L. p.—Lámina angosta: elemento pequeño, abundante en la subláminа III_1; mediano y grande, escaso en la sublámina III_{2+3}.

L. gr.—Lámina mediana, módica cantidad de granulaciones algo dispersas, medianas.

L. gl.—Lámina mediana formada por dos subcapas, Va provista de numerosas células oblongadas, algo anchas con cierto número de granulaciones y Vb menos abundante en células de elemento más delgado y con menor cantidad de granulaciones.

L. t.—Lámina mediana ocupada por abundante cantidad de elemento pequeño, alargado y ovalado.

L. f.—Lámina mediana; relativamente abundante cantidad de células pequeñas y ovaladas.

Resumen:

Este campo se caracteriza por la anchura mediana de la corteza; por la lámina zonal relativamente ancha; por la lámina corpuscular mediana provista de regular cantidad de elemento granular; por la anchura mediana de la lámina piramidal, cuyos elementos se agrupan en dos capas, los pequeños y alargados en la sublámina III_1, y los grandes (relativamente), y típicamente piramidales en la lámina III_{2+3}. La lámina granular es ancha, provista de cantidad módica de granulaciones, en unos casos, cuantiosa en otros (cerebro 64). La lámina ganglionar es ancha, ocupada por discreta cantidad de elemento triangular y ovalado, o alargado, distribuído en dos subláminas. La lámina triangular es mediana,

provista de cantidad relativamente abundante de células, alargadas, ovaladas o triangulares, distribuídas en dos subcapas. La lámina fusiforme es mediana en anchura y está ocupada por células pequeñas y alargadas distribuídas en serie ordenada.

Mediozonalis; latozonalis; medio—, sparso—, parvocorpuscular; medio—, módico—, parvo—, biganglionar; medio—, módico—, denso (cerebro 64)—, parvogranular; supragranular; medio—, parvo—, biexternomultoganglionar; medio—, denso—, parvo—, externomulto—, seriforme—, triangular—, medio—, módico—, irregular-fusiforme.

Campo 13

Cerebro 64.

Los campos 13 y 14 presentan características muy particulares por la forma de sus células y por la disposición de sus láminas distinta de la presentada por los campos anteriormente estudiados.

La corteza es de mediana anchura y está distribuída en las siguientes láminas:

L. z.—Lámina bastante ancha ocupada por abundante cantidad de células muy pequeñas.

L. II. IV.—Los elementos que en las anteriores descripciones ocupaban la lámina II y IV ya no adeptan más la distribución clásica. Un conjunto de células de forma especial y de particular agrupación, ocupa esta parte de la corteza. En la parte superior los elementos escasos, dispersos, y distribuídos en ligero orden son multiformes en su generalidad, alargados, otros más abundantes en los estratos superiores que en los inferiores, donde la forma predominante de las células es la ovalada, o redondeada. La lámina granular no existe. Los elementos granulares se encuentran dispersos y escasos sobre todo en la parte central e inferior de la lámina.

L. gl.—Ya no adopta esta lámina la distribución característica en dos subláminas, que hemos venido encontrando hasta ahora.

Las células que las ocupan son ligeramente anchas, ovaladas, alargadas, en cantidad módica y distribuídas en forma desordenada.

L. t.—Esta lámina es aquí de mediana anchura, ocupada por elemento multiforme, desordenado, con predominio del elemento ovalado.

L. f.—Lámina angosta constituída por elemento ovalado y algunas, muy escasas, células triangulares.

Cerebro 58.

La corteza gris es en este cerebro y a nivel del campo que estamos estudiando más angosta, pero más rica en células. La distribución celular adopta la misma disposición que la indicada en el cerebro 64, con la misma distribución laminar.

Los detalles del examen son los siguientes:

L. z.—Lámina ancha, abundantemente provista de células.

L. II + IV.—En esta lámina las células están agrupadas en la siguiente forma: en el tercio superior, elementos abundantes, ovalados, alargados, constituyendo capa bastante densa; en el tercio medio, células de menor dimensión, escasas, de forma ovalada, rodeada de cierta cantidad de granulaciones; en el tercio inferior células triangulares y ovaladas rodeadas de abundantes granulalaciones.

L. gl.—Lámina mediana, densa, ocupada por elemento ovalado.

L. t.—Lámina angosta, menos densa, ocupada por elemento ovalado y triangular.

L. f.—Lámina mediana; provista de escasa cantidad de células ovaladas.

Cerebro 65.

Corteza gris ancha.

L. z.—Lámina de considerable anchura ocupada por abundante cantidad de elementos celulares muy finos.

L. II. - IV.—Esta lámina de bastante anchura está ocupada por numerosas células, de las cuales las que ocupan la mitad superior tienen una forma alargada, oblongada; ligeramente triangular,

o redondeada, dispuestas en forma dispersa, las que ocupan la mitad inferior. Las cédulas no adoptan aquí las formas piramidales y triangulares que hasta este momento hemos venido encontrando, ni se agrupan en la clásica forma laminar en que lo hacen en los otros campos. Rodeando a los elementos anteriormente descritos se encuentra abundante cantidad de granulaciones.

L. V.—Hemos agrupado en esta lámina a una serie de elementos que se distinguen morfológicamente de los que ocupan la lámina superior II. - IV y la lámina VI. Se trata de células triangulares ligeramente alargadas, dirigidas en todo sentido, sin orden ni morfología definidos. Entremezcladas con ellas se encuentra abundante cantidad de granulaciones de calidad y dimensión diversas.

L. VI.—Esta lámina está ocupada por elemento más fino, polimorfo, y dispuesto en mayor desorden que las anteriores. No hay forma ni distribución dominantes. Se trata como en los anteriores de una lámina enteramente heterogénea.

L. VII.—Esta lámina está constituída por relativamente escasos elementos pequeños, polimorfos, distribuídos desordenadamente.

Resumen:

La corteza gris a nivel del campo 13 tiene anchura mediana y su arquitectura es de tipo enteramente distinto a la ofrecida por los campos anteriormente estudiados. La lámina zonal es considerablemente ancha ocupada por abundante cantidad de elemento celular, dimensión y riqueza que no habíamos observado en los campos anteriormente estudiados. El resto de la corteza gris la hemos dividido en las siguientes láminas: lámina II — IV en la que estarían consignados todos los elementos celulares que en el tipo habitual integran estas láminas, pero cuya forma y especial disposición requieren descripción particular: en el tercio superior las células en su mayor parte alargadas y agrupadas de modo denso, son distintas de las que ocupan la mitad inferior donde son triangulares, se presentan en menor número y están rodeadas de mayor cantidad de granulaciones. En la lámina V hemos conside-

rado a todos aquellos elementos distintos de los anteriores y de los de la capa VII y que por sus características morfológicas recuerdan a los que llenan la lámina ganglionar de los campos que estudiamos al principio. Se trata de elementos alargados, ovalares, algunos triangulares distribuídos en forma muy dispersa. En la lámina VII hemos agrupado elementos que corresponden a veces a los de la habitual lámina triangular, pero que se distinguen de éstos por ser más polimorfos, rodeados de regular cantidad de granulación y por presentar una distribución enteramente desordenada. En la lámina VII hemos considerado a elementos pequeños, triangulares y ovalares, en su mayor parte, semejantes a los que habitualmente ocupan esta lámina.

Lato—, denso—, parvozonalis; lato—, denso—, parvo—, monopiramidal; agranular; lato—, denso—, parvo—, monoganglionar; lato—, denso—, parvotriangular; lato—, módico—, parvofusiforme; limitatus transgrediens.

Campo 14.

Inmediatamente después de la lámina 13 y en las vecindades del "tegmen tympani", vecina a la lámina descendente del cuerpo calloso, se encuentra el campo 14, cuyas características citoarquitecturales son las siguientes:

Cerebro 64.

L. z.—Lámina considerablemente ancha, provista de menor cantidad de células que en el campo 13.

L. II. - IV.—Esta porción del campo está ocupada por numerosas células que tienen forma y disposición enteramente distintas a las del campo 13. Sus células son pequeñas, alargadas en su mayor parte, más densamente agrupadas en la mitad interna que en la externa, con desaparición total del elemento granular.

L. V.—Los elementos son aquí numerosos, fusiformes en totalidad, agrupados en la mitad superior, en forma más densa que en la inferior.

L. VI.—Se agrupan en ella módica cantidad de elementos alargados y fusiformes.

L. VII.—Pequeños y dispersos elementos alargados y algunos de forma triangular.

Cerebro 65.

Lámina zonal ancha, provista de abundante cantidad de células.

L. II. - IV.—Mediana, provista de numerosas células en su mayor parte oblongadas, alargadas, fusiformes, distinguiéndose por estos caracteres de la lámina similar del campo 13.

L. V.—Mediana, pobre cantidad de células ovaladas, terminadas ligeramente en punta, provistas de cierta cantidad de granulaciones.

L. VI.—Lámina angosta, provista de escasa cantidad de células, distintas de la anterior lámina por su forma y número. Los elementos son aquí poco menores, de formas más definidas y en escasa cantidad.

L. VII.—Lámina estrecha, provista de numerosas células, pequeñas, redondeadas, "granulares". Limitatus.

Cerebro 58.

L. z.—Lámina ancha; cantidad módica de células.

L. II. - IV.—Lámina mediana provista de abundante cantidad de elemento polimorfo de tamaño ligeramente mayor y abundantes en la mitad superior; más pequeñas, en menor número y rodeadas de numerosas granulaciones en la mitad inferior.

L. V.—Mediana, densamente ocupada por elementos de contornos bien definidos, ovalares o triangulares; provista en su mitad inferior por numerosas granulaciones.

L. VII.—Ancha, discreta en contenido celular; elemento de tamaño medio ovalado y triangular.

Resumen:

Corteza gris de anchura mediana. Numerosas células de tipo alargado, algunas francamente fusiformes que se agrupan en dos láminas; en la superior, I, que es bastante ancha, y perfectamente limitada, los elementos son numerosos; en la inferior II—IV las células pequeñas menos numerosas ocupan la mitad superior; las alargadas en mayor número y provistas de granulaciones, la mitad inferior. La lámina V de anchura mediana está ocupada por abundante cantidad de células francamente fusiformes en los cerebros 64 y 65, predominantemente triangulares y ovaladas en el cerebro 58.

La lámina VI está ocupada por regular cantidad de células ovaladas y alargadas en los cerebros 64 y 65, polimorfas en el cerebro 58. La lámina VII por células escasas, alargadas en los cerebros 64 y 65 y por elemento polimorfo, predominantemente triangular en el cerebro 58.

Latozonalis; corpuscular.

Lato—, módico—, parvo monopiramidal; medio—, módico—, parvomonoganglionar (cerebro 64 y 65); medio—, densoganglionar; (cerebro 58); medio—, denso—, parvotriangular (cerebro 65); medio—, módico—, parvofusiforme.

Campo 15

Entre el "tegmen tympani" y el campo 12 se encuentra el campor 15, cuyos caracteres vamos a estudiar en seguida.

Cerebro 64.

L. z.—Bastante ancha, ocupada por poca cantidad de células.

L. II. IV.—Como puede apreciarse en la fotografía, las láminas II al IV parecen fundirse en una sola. Su mitad superior se encuentra ocupada por células corpusculares pequeñas en su par-

te más externa, por células ganglionares triangulares, escasas, en una ligera capa siguiente por numerosas y pequeñas células triangulares, después, y por escasos elementos triangulares y pequeños, provistos de abundante cantidad de granulaciones en su parte más inferior.

L. gl.—Esta lámina mediana se encuentra ocupada por dos tipos celulares: pequeños, numerosos, triangulares en una capa superior Va, alargados, fusiformes, escasos, en una lámina inferior Vb.

L. t.—Lámina angosta; elemento mediano, delgado, alargado, rodeado de cierta cantidad de granulaciones.

L. f.—Lámina angosta, provista de abundante cantidad de células pequeñas ovaladas. Tanto la lámina Vb como la VI presentan una clara distribución en serie de sus elementos.

Cerebro 65.

L. z.—Angosta. Escasa cantidad de contenido celular.

L. II. IV.—Lámina mediana; cantidad escasa de células, medianas y algo más abundantes en la mitad superior; pequeñas, considerablemente escasas y rodeadas de numerosas granulaciones en su mitad inferior

L. v.—Bastante ancha, subdividida en dos capas, una, Va, provista de elementos pequeños, triangulares, rodeados de abundante cantidad de granulaciones y una inferior, Vb, ocupada por elementos pequeños, delgados, algunos fusiformes típicos, rodeados de escasa cantidad de granulaciones.

L. t.—Lámina estrecha, ocupada por escasa cantidad de elemento triangular y ovalado, muy pequeño.

L. f.—Lámina mediana; escasa cantidad de células de forma ovalada típica.

Cerebro 58.

L. z.—Ancha, discreta cantidad de células.

L. II. IV.—Mediana; elemento celular de tipo piramidal predominantemente, con pequeñas células rodeadas de granulaciones

abundantes en su mitad superior; con menor número de elemento mediano, provistos también de granulaciones en su mitad inferior.

L. V.—En esta lámina las células se disponen en dos capas: en la primera Va, los elementos son en su mayoría triangulares, y algunos francamente fusiformes; en la segunda Vb, son casi la totalidad fusiformes, lo que le da un aspecto típico. Tanto en la primera como en la segunda las células se agrupan en láminas compactas, siendo más densa la externa.

L. t.—Lámina angosta; cantidad módica de contenido celular de forma predominantemente triangular y ovalada.

L. f.—Lámina estrecha, escaso contenido celular.

Resumen:

Se caracteriza este campo por la anchura mediana de la corteza; por la presencia de una lámina zonal ancha; por la ausencia de la lámina corpuscular y granular, estando sus elementos repartidos en forma dispersa entre las diversas clases de células que ocupan la lámina piramidal. Las células de esta zona presentan dos capas: una externa, con abundantes, pequeños o medianos elementos, y otra interna con células escasas y de menor tamaño. La lámina V es relativamente ancha y está constituída por dos tipos de células: unas triangulares y pequeñas que ocupan en bastante número la sublámina Va. y otras, escasas y francamente fusiformes que integran la sublámina Vb. La lámina triangularis es angosta y está ocupada por elementos alargados, dispuestos en series, o por células de tipo oblongado o triangular, como ocurre en los cerebros 58 y 65. La lámina fusiformis es relativamente delgada y presenta discreta cantidad de contenido celular bastante distribuído en los cerebros 65 y 58, o agrupados en forma ligeramente compacta y ordenada como en el cerebro 64.

Relaciones de las áreas anatómicas del lóbulo frontal con la Fisiología

"La relación entre las funciones de un órgano con su estructura elemental histológica es un hecho fundamental biológico. Cada forma orgánica es el producto de su desenvolvimiento, y como éste representa la suma de numerosos procesos vitales, hay que concluír en que la diferenciación histológica es en última instancia un problema fisiológico. El órgano es creación de la función; habrá que suponer por consiguiente que las diferenciacioñes especiales de las formaciones internas serán la llave para deducir las funciones de conjunto". (V. BRODMANN. Loc. Cit.).

A pesar de que nuestros estudios de localización, parten de puntos de vista puramente anatómicos, y con el inmediato fin de responder a cuestiones anatómicas, el objetivo final de esta clase de trabajos es pretender ahondar en el conocimiento de las funciones y sus alteraciones, lo que en último término conduce a la fisiología de la corteza cerebral.

Cuando se trata de poner en correspondencia las expresiones clínicas del lóbulo frontal con su anatomía y su fisiología se tropieza no sólo con notables vacíos en nuestros actuales conocimientos de Fisiología experimental, sino también con la marcada discordancia en la descripción arquitectural de la corteza.

En 1903 manifestó ya VOGT que las diferencias citoarquitecturales de la corteza se deberían mirar como expresión de especializaciones fisiológicas. Estas conclusiones las ha venido repitiendo en distintas oportunidades (1906, 1917, 1919, 1920, 1922, 1926, 1927, 1928, 1937). En sus investigaciones sobre monos inferiores establecieron C. y O. VOGT que determinadas zonas de la corteza eran permanentemente susceptibles de ser excitadas por la corriente eléctrica. Estos resultados por homologación de las áreas arquitecturales fueron transferidos al cerebro humano. Las suposiciones de VOGT fueron posteriormente confirmadas por FOERSTER (1926, 1931) en sus investigaciones en el cerebro de enfermos. KLEIST

(1930-1934) estableció que la distribución mieloarquitectural de la cara externa del cerebro estaba en relación con una ordenación somatotópica de centros funcionales. A pesar de que la concordancia de los campos arquitectónicos con las funciones que de ellas emanan sólo es posible encontrar en sitios excitables a la corriente eléctrica, con obtención de determinadas reacciones, no es éste el caso para las zonas neutras, donde no se logra reacción alguna, sin que esto indique que por otras vías indirectas ellas son también excitables. Es importante el hecho de que la excitabilidad está principalmente circunscrita a la corteza **agranular** y **dysgranular,** y que la corteza a medida que se encuentra más alejada del surco central, reacciona más difícilmente a la excitación. Según este punto de vista, la corteza excitable fué dividida en centros primarios, secundarios y terciarios. KORNMULLER en sus investigaciones sobre animales ha podido registrar diferentes tipos de corrientes bioeléctricas en territorios cerebrales agranulares, mediogranulares y latogranulares. G. NGOWYANG emite la opinión de que el desarrollo de la lámina granularis IV en la corteza del cerebro frontal, y en todo el órgano, estaría en una dependencia contraria con la excitabilidad eléctrica. KORNMULLER (1933) llega a la conclusión de que las áreas corticales cerebrales están localmente en relación evidente con las reacciones bioeléctricas. Se puede pues suponer que las variadas formas de reacción bioeléctrica corresponden a actividades distintas de la corteza. De igual manera se debe suponer que la corteza granular frontal debe poseer una función fisiológica específica. También es posible comprender que el funcionamiento de algunos campos, separadamente, es suficiente para producir movimientos simples aislados, pero no para los complicados, donde se comprende que ha de haber necesidad de que muchos campos entren en funciones. Esta suposición no se puede demostrar experimentalmente ahora. Precisamente para el territorio granular del lóbulo frontal se deduce muy poco de la experimentación animal, y es precisamente en este territorio donde se encuentran ocultos muchos centros específicos humanos, que ya faltan en los monos superiores.

Vamos a referir en esta parte de nuestro trabajo las experiencias clínicas recogidas por diversos autores, acerca de los síntomas presentados por sujetos con heridas, proceso degenerativo o tumores localizados en el lóbulo frontal.

Tendencia a la caída.—En las heridas cerebrales puede aparecer este signo del lado de la lesión o del opuesto. Una tendencia a la caída bilateral o contralateral puede explicarse sea por una doble lesión cerebral, sea por una participación del laberinto o de sus vías, o de centros de la medula oblongada, del cerebelo o del cerebro medio. El punto de partida según KLEIST para la aparición de este síntoma está no en el polo frontal (tercio anterior de la F_1 y F_2) pues ocurren muchas veces heridas, tumores y atrofias en los territorios del polo sin que se presente la mencionada tendencia a la caída, sino en la parte media de la F_1 y F_2, o sea en la porción superior del campo 8 de BRODMANN (F. C. de v. ECONOMO, área 46-48 de VOGT).

Ataxia pseudofrontal y otros signos pseudofrontales.—Trastornos del equilibrio, a la manera de la Ataxia cerebelosa, con tendencia a caer hacia atrás, siempre, u ocasionalmente, así como una incapacidad para permanecer de pie, no ocurren en heridas del lóbulo frontal sino cuando hay participación del cerebro medio, en especial de N. rojo (v. SARBO) o del cerebelo, del núcleo vestibular, del nervio vestibular, o del laberinto. En tales casos aparece excitabilidad vestibular, nystagmus, signo de la falsa señal, tremor intencional, adiadococinesia, y otros signos cerebelosos. O aparecen síntomas correspondientes a lesiones en el cerebro medio, como contracturas faciales, movimientos combinados, atetósicos, temblores, "rigor", duración de las contracciones. El signo de la falsa señal con tendencia a la caída aparece no precisamente en las heridas del polo frontal, sino sobre todo cuando está comprometida la porción media de las circunvoluciones F_1 y F_2, esto es, el campo 8 de BRODMANN (porción superior). El signo de la falsa señal compromete sobre todo el brazo del lado opuesto, a menudo también ambos brazos, rara vez el miembro del mismo lado. La aparición de este signo (de la falsa señal) o de la caída, por enfriamiento o calentamiento de las cicatrices del

cráneo, no ocurre sino en pocos casos de heridas del cerebro. Por el enfriamiento pueden ser influenciados igualmente defectos cerebrales profundos, posiblemente por enfriamiento del liquor.

Cl. BARRE manifiesta que el concepto de Ataxia no se debe emplear en la consideración de las lesiones del lóbulo frontal. A base de un material personal de observación de cerca de 100 casos, emite la opinión de que se trata de un síntoma de retrolátero pulsión, que puede aumentarse hasta la Abasia y la Astacia. La ausencia de una adiadococinesia del mismo lado es para BARRE la mejor demostración de que no se trata de una Ataxia. La patogenésis de la retrolátero pulsión puede explicarse según BARRE por un aumento de la presión intracraneal que determinaría una alteración de los núcleos bulbares, sobre todo del N. rojo. Esta es la razón que explica la aparición de este síntoma en los tumores temporales y parietales.

Trastornos laberínticos de la orientación y de la sensibilidad del movimiento aparecen concomitantemente con los síntomas de la tendencia a la caída y de la falsa señal. Según P. MARIE y BEHAGUE, aparecen en las heridas cerebrales trastornos de orientación en el espacio. WICKER y FEUCHTWANGER se refieren a este último síntoma al citar el caso de un enfermo portador de una herida del lóbulo frontal que tenía la sensación de rotación de su cuerpo sobre un plano horizontal. de 180°. En otros dos casos de lesiones frontales, se trataba de enfermos que presentaban el síntoma ocasional de la prolongación de las distancias, de equívocos al señalar direcciones contrarias, y de alteraciones en la marcha.

Ausencia del estímulo; apraxia del impulso.—Según observaciones de KLEIST y FEUCHTWANGER estos trastornos se presentan en las heridas del lóbulo frontal. La falta del estímulo puede referirse:

a).—Una ausencia amplia de la espontaneidad de los movimientos generales, de los que se vinculan con el caminar y el permanecer de pie. Esto ocurre en las heridas dobles que comprometen el tercio medio y anterior de la F_1, y el tercio medio de la F_2, o sea el campo 9 de BRODMANN (F. D. m. de v. ECONOMO).

b).—A una ausencia del lenguaje espontáneo, del impulso para hablar (mudez espontánea, mudez del propio nombre). Esto ocurre en las heridas o en las lesiones focales de la circunvolución frontal ascendente izquierda (campo 44b de BRODMANN, 57 de VOGT).

c).—A una falta del impulso para la mímica, para la atención, así como la ausencia de iniciativa para la emisión del pensamiento. Estos síntomas se presentan no solamente en los tumores dobles del lóbulo frontal, sino en las heridas del lóbulo frontal izquierdo, especialmente en las que comprometen el tercio medio de la F_2, o sea la porción posteroinferior del campo 8 de BRODMANN. A estos síntomas pueden agregarse los que algunos psicópatas presentan, como la falta de iniciativa para abrir la boca, sacar la lengua, tomar los alimentos, etc., lo que hace suponer la existencia de funciones de capacitación para la iniciativa en las zonas frontomotoras de la corteza. Los trastornos de la iniciativa son siempre dobles, esto es que comprometen a los grupos musculares de ambos lados, (locomoción, mímica, lenguaje). Una falta de iniciativa unilateral ocurre en casos de debilidad del impulso del lado izquierdo por lesiones en la sustancia blanca del lóbulo frontal, por reblandecimientos o tumores. El lado izquierdo del cerebro es fuente de mayor iniciativa que el lado derecho. Las observaciones sobre esta manera de producirse la ausencia de la iniciativa fueron confirmadas en los casos de necrosis focales, atrofias circunscritas y tumores del lóbulo frontal.

La falta de iniciativa está acompañada a veces de una dificultad apráxica en los movimientos simples, los cuales son inseguros, débiles, hipotónicos, tardíos y lentos. Como consecuencia, el resultado de los movimientos es incompleto y se reduce a sus iniciativas y rudimentos. El lenguaje y la voz se producen sin fuerza y sin tono; la palabra se agota en las primeras vocalizaciones o en las sílabas iniciales.

La apraxia del impulso no es muy frecuente en las heridas del cerebro, ni se presenta tan notable como la debilidad en la iniciativa; se muestra en los enfermos mentales, en los que KLEIST describió lo que llama apraxia psicomotora.

KLEIST atribuye a lesiones del lóbulo frontal la dificultad que presentan algunos enfermos para desviar el tronco, la cabeza, los ojos; el nystagmus, las contracturas con desviación de los ojos, cabeza y tórax al lado contrario de la lesión. Localiza estos trastornos en los campos 6a b, y 8, así como la mudez verbal que resultaría de lesiones en el pie de la F_3, "pars basilaris".

En el último Congreso Internacional de Neurología reunido en Londres, CLAUDE y BARRE estuvieron acordes con KLEIST al considerar que no existía ataxia del tronco en las lesiones del polo frontal. Pero al contrario aparece ataxia pseudo frontal en los tumores o heridas del lóbulo frontal anterior, a consecuencia de compresiones distantes sobre el cerebro medio y el cerebelo. Trastornos en los movimientos de desviación (movimientos adversos) en el tórax y la cabeza ocurren experimentalmente en los animales desprovistos del campo 6a b. Pueden ocurrir estas alteraciones aunque en forma muy pasajera en las lesiones frontales. Consisten ellas en maneras anormales de situarse al ejecutar un movimiento de desviación del tronco y de la cabeza hacia un lado, al realizar movimientos de rotación alrededor de un eje vertical.

Aparecen también como síntomas pseudofrontales la duración de las contracciones, el reflejo de la "garra", la detención al caminar, el continuar parado sin impulso para continuar caminando, la catalepsia y otros trastornos motores, actividades que parecen estar con toda evidencia en relación con las funciones del tronco cerebral. El reflejo de la "garra" no aparece, según las investigaciones de C. RICHTER en los monos después de la separación del campo 6.

El signo de "retener" de KLEIST, el reflejo de la "garra" de JANICHEWSKY y KLEIST, la "garra" obligada de SCHUSTER, descritas anteriormente como síntomas de las heridas y tumores del cerebro, han recibido en los últimos años una serie de nuevas comprobaciones. JANICHEWSKY en 1928 menciona el hecho de que estos síntomas se encuentran más que en las lesiones frontales contralaterales, en el hidrocefalus, y en el sindrome parkimsoniano. MAYER y REISCH refieren la aparición de estos reflejos en el lado sano, en el caso de doce hemiplejias recientes. FRA-

ZIER lo encuentra sólo una vez en 105 casos de tumores cerebrales. Por el contrario PJATNITZKY lo halla en cuatro casos de tumores del lóbulo frontal, de los cuales dos fueron comprobados por la autopsia. KLEIST refiere once casos con el sindrome del "detenerse al caminar", en los cuales se trataba de lesiones talámicas. Afirma que este signo y el reflejo de prehensión son rarezas en los tumores frontales. En todo su material de heridas del cerebro (276 casos) sólo lo ha hallado una vez, y en éste no había participación del lóbulo frontal, JANICHEWSKY es de opinión que el centro de estos reflejos se encuentra en el cerebro medio y que es a la alteración de sus vías aferentes y eferentes que se debe atribuír la aparición de ellos. En tanto que KLEIST atribuye la aparición del "reflejo de la garra", y el signo de la "detención al caminar" a una lesión del tálamo, SCHUSTER y PINEAS, a base de su material de 24 casos, y de 32 sacados de la literatura, así como SCHUSTER y CASPER fundándose en sus hallazgos en series de cortes de tres cerebros, suponen que las circunvoluciones izquierdas y el cuerpo calloso están comprometidos corrientemente sobre la base de una lesión de la arteria cerebro anterior (compresión, hemorragia). PJATNITZKY localiza el signo de la "garra" provocada en la parte posterior de la F_1 y F_2. SWETNIK y WOLSCHONOK en la parte posterior del lóbulo frontal (campo 6.) FULTON sobre la base de investigaciones en el hombre, JACOBSON y KENNARD, y VIETS y KENNARD en investigaciones en animales (extirpación de la región prefontal, campo 6 de BRODMANN), en los monos, atribuyen el reflejo de la "garra" a una lesión de la corteza frontal premotora. JOO, después de la excisión de un hematoma subdural en el polo frontal, y un enfriamiento de éste mediante cloretilo, obtiene un reflejo de "garra" que desaparece inmediatamente después de la acción del agua caliente.

En los procesos avanzados de los enfermos mentales, como en los seniles y esquizofrénicos aparece sólo muy lentamente la falta de impulso para la emisión de la palabra; ésta aflora sólo en determinadas circunstancias y siempre en la misma forma. Una enferma de KLEIST que padecía de enfermedad de PICK, y cuyos síntomas fueron recopilados desde los comienzos de la enfermedad

hasta su terminación, refería cada vez que tenía oportunidad de hacerlo, siempre una misma historia; después su vocabulario se redujo a algunas palabras y finalmente emitía sólo contados sonidos. El mismo KLEIST menciona el caso de un esquizofrénico paranoide que sólo contaba con tres palabras en su vocabulario: "hacer", cada vez que la actividad del enfermo se relacionaba con algo útil para él; "correr", cada vez que se vinculaba con el concepto de extensión, y "padre", cuando quería indicar algo amable o bondadoso.

En las lesiones cerebrales del lóbulo frontal aparece el síntoma del agramatismo motor que parece estar en relación con la porción anterior de la zona de BROCA (parte ascendente de la F_3). La presencia permanente del agramatismo es expresión de que la zona motora derecha, homóloga con la zona de la palabra del lóbulo izquierdo, está igualmente enferma, o que están interrumpidas las comunicaciones de ambos hemisferios a través del cuerpo calloso.

Apraxia frontal del hacer.—Junto con el agramatismo aparece este síntoma, en virtud del cual el sujeto es incapaz de coordinar y concentrar los diversos actos particulares que requiere un movimiento o una expresión. El individuo que presenta este síntoma y que tiene en su delante una taza vacía y el depósito de leche para servirse de ella, es incapaz de verter en la taza el contenido de la lechera, ingiriendo el líquido directamente de ésta. El individuo que para pasar de una habitación a otra se encuentra con un obstáculo cualquiera en su camino es incapaz de apartarlo. Estos trastornos ocurren en la atrofia del lóbulo frontal, en las enfermedades de PICK y ALZHEIMER, en las parálisis focales (la atrofia de PICK compromete la "**Regio frontalis**" de BRODMANN con exclusión de la zona de BROCA). KLEIST supone que en tales enfermedades los síntomas del "hacer incompleto" ocurren cuando hay alteraciones en el campo 10 de la F_1 y F_2, y emite la opinión de que la pobreza del movimiento en los esquizofrénicos, especialmente en los catatónicos se debe no a una falta del impulso o a pérdida de iniciativa de origen frontal, sino a una "apraxia del hacer".

Las heridas del cerebro, sus lesiones focales, y los procesos atróficos (enfermedad de PICK, enfermedad de ALZHEIMER, Parálisis) han mostrado que los trastornos del pensamiento no sólo son debidos a fallas en la iniciativa de éste, sino que en otros casos están perturbadas también las capacidades de la ideación, formativas y constructivas. La expresión del pensamiento queda incompleta, y aparecen desviaciones y perturbaciones que ocasionan la Alogia, síntomas que parecen estar en relación con lesiones del campo 46, sobre la parte media de la F_2, campo 46 de BRODMANN F. D. △ de ECONOMO, campo que parece tener una elevada función. Las alteraciones del pensamiento por lesiones frontales son distintas de las que ocurren en las occipitales. En éstas se observa, equívoco, mezcla de los pensamientos y conceptos. En las frontales hay deficiencia alógica del pensamiento, con pérdida simple de las ideas, mengua o parcelación de ellas, lo que trae como consecuencia, pobreza, delimitación y unilateralidad de los conceptos. Los trastornos alógicos del pensamiento son más raros en las heridas cerebrales que la ausencia del estímulo, y aparecen en los casos tardíos con más frecuencia que en los recientes. Trastornos del cálculo ocurren en las lesiones no sólo de las circunvoluciones posteriores del cerebro, sino en las del lóbulo frontal, posiblemente en las que comprometen el campo 46 de BRODMANN.

La aparición de trastornos psíquicos en caso de tumor de ambos lóbulos frontales, ha sido comprobada recientemente por CL. VINCENT. En un caso se hallaba el tumor en ambos lados a nivel de la parte media de las circunvoluciones F_1 y F_2. En otro enfermo, se trataba de un glioma gigantesco que comprometía el lóbulo frontal izquierdo y que extendiéndose al otro hemisferio comprometía el lóbulo frontal derecho.

La observación de heridas del cerebro o de procesos focales ha demostrado que las lesiones ocurridas en el tercio posterior del campo 6a [a], porción posterior del pie de la F_1, ocasionan apraxia kinética segmentaria, así como mudez en la expresión del tono y del sonido. En casos de lesiones de la porción más elevada de la circunvolución frontal ascendente, o del pie de la F_1, esto es en el territorio del campo 6a [a], ocurre torpeza en los movimientos bila-

terales de la cara y de las piernas, en la estación de pie, en el acto de caminar. Esta apraxia para la marcha y la estación recuerda la discordancia kinética del tórax y de las piernas que se observan en la asinergia cerebelosa. Semejantes trastornos se observan en casos de necrosis focales circunscritas o de atrofias parcelares, o de tumores del cerebelo.

KLEIST ha descrito desviación de los ojos, homolateral o contralateral en los casos de lesión del lóbulo frontal. Nystagmus espontáneo ocurre también y ha sido señalado frecuentemente en los tumores del lóbulo frontal por PODMANICZKY, FEUCHTWANGER, quienes localizan el trastorno en el pie de la F_2. DEMIANOWSKA encuentra este signo en 7 casos, mientras que BENDA en 23 tumores del lóbulo frontal no refiere ninguno. La movilidad de los párpados tiene su origen en la parte posterior de la F_2 (campo $8a^{b\,d}$) el movimiento giratorio de la cabeza, en la porción póstero inferior de la misma circunvolución F_2, (campo $6a^{b}$), el movimiento giratorio del tronco en el pie de la F_1 (porción superior del campo $6a^{b}$).

Enuresis.—Como manifestación concomitante de la debilidad o ausencia de la iniciativa que se presenta en las lesiones del lóbulo frontal, hay que contar con la enuresis y las pérdidas fecales. KEHER da este síntoma como uno de los más frecuentes en el caso de tumores frontales, con más frecuencia que en el de neoplasias en otros sitios.

Trastornos del tono muscular.—Es rara la aparición de manifestaciones hipotónicas en las enfermedades del lóbulo frontal. GERSTMANN hizo referencia hace tiempo a una hipotonía con astasia y abasia. DELMAS-MARSALET concluye a base de los resultados de su experimentación en animales, en una hipotonía en el caso de tratarse de lesión contraleteral del lóbulo frontal, en virtud del compromiso de las áreas que tienen bajo su dependencia la musculatura de la mano.

Hipertonía y Rigor son síntomas mencionados con más frecuencia. KLEIST supone que debe ocurrir en estos casos una participación de los núcleos centrales, mientras GOLDSTEIN considera este síntoma como exclusivo de una enfermedad del lóbulo frontal.

BRANDAN CARAFFA considera el tremor como una manifestación concomitante de los tumores frontales; MAC LEAN le da marcada importancia en los mismos casos. KOLODNYS en treinta casos de tumor frontal menciona el tremor homolateral en tres de ellos. DONAGGIO participa de la opinión que el cerebro frontal es fuente de funciones extrapiramidales, y muestra como comprobación la aparición del Rigor en la atrofia de PICK, en las alteraciones del lóbulo frontal de la encefalitis epidémica.

POTZL menciona un caso de contractura del psoas iliaco y del cuadríceps en una lesión focal del lóbulo frontal. Este hallazgo fué comprobado posteriormente por HERMANN y RUDOLPHSKY, por HOFF y HOFFMANN. POTZL al dar como síntoma propio de lesión del lóbulo frontal, la contractura en flexión paradoxal del miembro no correspondiente al lado de la lesión, menciona el caso de un quiste que se había desarrollado en el polo frontal derecho y que provocaba al caminar una contractura dolorosa en la pierna izquierda. Poco después describió un caso de un absceso en el polo frontal derecho, con aparición de la contractura paradoxal del lado contrario, y convulsiones de tipo JACKSON, de una forma especial, comenzando con contracturas y movimientos espasmódicos en la mano derecha que pasan al brazo izquierdo y de éste a la pierna derecha, y por último a la pierna izquierda. En este pasaje cruzado de los síntomas de excitación encuentra POTZL una semejanza con la alternancia de los movimientos de los brazos y de las piernas al caminar. Emite la opinión de que debe existir normalmente un mecanismo central, resultante de la actividad tónica de diferentes grupos musculares que son necesarios para la producción de la faz pendular de la marcha. La producción de ese mecanismo normal sería producido por el polo frontal; de ahí la ausencia de contracturas de los brazos y piernas al caminar.

Aparato vestibular.—El compromiso contralateral de este sistema ha sido confirmado en los últimos tiempos por HALPERN, BRUNNER y LANG, quienes refieren haber encontrado alteraciones en las excitaciones de este aparato, sea en el caso de lesiones homolaterales, o heterolaterales. DELMAS-MARSALET sobre la

base de sus experiencias durante cinco años, en perros, por lesiones hechas en las vías fronto callosas y frontopontinas, encuentra Dysmetría, Adiadocosinesis, Tremor y Ataxia, atribuyendo estos síntomas a la participación contralateral del cerebelo. Después de una rotación en la silla giratoria, de veinte vueltas en 40 segundos, aparece normalmente en los sujetos examinados la sensación de un movimiento giratorio o de torsión del mismo lado; en el caso de lesiones del lóbulo frontal esta tendencia está aumentada cuando se trata de alteraciones del mismo lado de la rotación experimental. Cuando la rotación se hace del lado contrario de la lesión, la tendencia giratoria está muy disminuída, ausente o contraria. DELMAS-MARSALET describe este síntoma en dos casos de hemorragias frontales homolaterales, atribuyéndolo a la participación correspondiente de la función vestibular del mismo lado. ANDRE THOMAS, de MARTEL y AUBRY no encuentran el signo de DELMAS-MARSALET en lesiones graves del lóbulo frontal. VINCENT y VINCENT-DERAUX señalan la desaparición de la ataxia y de los trastornos del equilibrio en el caso de un sujeto al cual se le extirpó dos terceras partes del lóbulo frontal.

"**Ataques**".—Es conocida la frecuencia con que se producen éstos en el caso de lesiones y tumores del cerebro. Parece que el centro para la producción de estos ataques es el campo 6a [b]. La frecuencia es la misma, según FEUTCHWANGER en 200 casos de heridas del cerebro y en 200 de otra clase de alteraciones. En los casos no complicados el síntoma no ocurre según el tipo JACKSON, y una parte de los epilépticos por heridas del lóbulo frontal caen sin aura, como heridos por el rayo. En 56 de los 67 casos de ataques epilépticos mencionados por PARKERS, el tumor estaba localizado en el lóbulo frontal, parietal o temporal. Los datos que consigna la literatura son tan contradictorios que PUUSPP, en su estadística de 182 casos de tumores cerebrales no menciona ninguno de ataques epilépticos, no obstante encontrarse otros signos como congestión de las papilas, trastornos del sentido del olfato, paresia facial, etc. No olvidemos que en la historia de los tumores parietales y principalmente temporales, los ataques representan un sínto-

ma corriente y prematuro. ALAJUANINE y BARUK mencionan la aparición de los ataques como uno de los síntomas principales de los tumores frontales, y refieren el caso de un sujeto que durante 25 años había presentado ataques epilépticos y que sufría de una neoplasia del lóbulo frontal.

Sobre la base de sus investigaciones de excitación, FOERSTER localiza las lesiones capaces de producir estos ataques en los siguientes campos: 6a b, para el movimiento de los ojos: 6b (opérculum) para el movimiento de la masticación, deglución, contracción de los labios. KLEIST señala el campo 8d b d, como centro de los movimientos conjugados de los ojos. De la interesante casuística de FOERSTER trascribimos aquí los casos más interesantes, de ataques epilépticos en lesiones del lóbulo frontal. La Fig. 1 muestra el caso de un pequeño cisticerco aislado que comprometía el opérculum del lado derecho. El enfermo sufría de ataques epilépticos que comenzaban en las mandíbulas, avanzaban a la lengua, a la parte inferior de la cara, a la porción superior, a los músculos del cuello, para ser tomados después el pulgar, los dedos de la mano y por último el resto de las extremidades y otras porciones del cuerpo. El enfermo fue operado en **status epilépticus**, y el cisticerco extirpado. El enfermo no volvió a tener más ataques epilépticos, con excepción de algunos que se le presentaron a consecuencia de abuso alcohólico. La Fig. 2 muestra el lugar en que estaba localizado un meningioma, exactamente en los puntos de origen de los movimientos del cuello, del facial, de la lengua, de las mandíbulas y del velo del paladar y que provocaba ataques epilépticos que comenzaban en los lugares mencionados, y que continuando después correlativamente comprometían los dedos de la mano, la mano y otros lugares del cuerpo. El caso es particularmente interesante por tratarse de un sujeto que había sido considerado como epiléptico durante muchísimos años y que provenía de una familia en la que muchos de sus miembros acusaban padecer de epilepsia. Este caso muestra que en la epilepsia exógena sintomática, al lado de la noxa irritativa epileptógena, juega papel de grande importancia la disposición hereditaria endógena. La fig. 3 muestra un caso que fué operado por FOERSTER a causa de frecuentes ataques epi-

lépticos. Estos comenzaban por contracturas espasmódicas en el dedo grueso del pie o en el músculo tibial anterior, y en muchas oportunidades en los músculos abdominales. El enfermo tenía 60 a 70 ataques diarios. Operado se excindió las zonas afectadas quedando con parálisis de la pierna derecha, de los músculos derechos del tronco y del hombro; el brazo, antebrazo, mano y dedos del mismo lado quedaron indemnes. La fig. 4 muestra el caso de un meningioma voluminoso y extenso que partía de la hoz del cerebro. El enfermo ofrecía parálisis espástica completa de ambas piernas y retención urinaria. Algún tiempo después presentó primero parálisis de los músculos abdominales y torácicos del lado derecho, parálisis de la mitad derecha del diagrama, y del hombro derecho, y parálisis por último del brazo y del antebrazo del mismo lado. La mano, los dedos y el territorio de los faciales quedaron indemnes. La sucesión según la que fueron comprometidos sucesivamente los mencionados segmentos del cuerpo, correspondían exactamente con la distribución somatotópica en la circunvolución frontal anterior. La combinación en este caso de la parálisis de la pierna, de los músculos abdominales y torácicos, así como del diafragma y del hombro con integridad de la mano y de los dedos refiere FOERSTER haberla encontrado a menudo en casos de obliteración de la arteria cerebral anterior. En un enfermo que sufría desde hace 12 años (Fig. 4) de ataques epilépticos del tipo 6a [b], que no presentaba ningún otro síntoma y que ofreció en el examen radiográfico una sombra calcárea en la zona frontal, se halló en la operación un tumor localizado en la región anterior e inferior del mencionado campo. En el momento de la extirpación de la neoplasia se presentaron ataques epilépticos semejantes enteramente a los que había tenido el enfermo antes de la operación. El paciente operado hace 14 años no ha vuelto a tener ataques. FOERSTER concluye de su valiosa experiencia que las porciones aisladas del cerebro y del sistema nervioso en general no son simplemente equivalentes, ni sus funciones susceptibles de ser cambiadas facultativamente, sino que existe determinadas relaciones entre señaladas porciones del sistema nervioso y determinadas funciones del organismo que en cada función de éste participan no sólo porciones aisladas del

sistema, de cuya integridad depende su existencia o desaparición, sino numerosos segmentos del sistema estrechamente vinculados en una comunidad de trabajo y actividades. Cuando ocurre brusca o lentamente un compromiso de cualquiera de sus componentes el sistema es insuficiente para responder a la función, pero aparece en cambio, según la ley de la capacidad inmanente del organismo, en el sitio lesionado, el proceso restaurador de las capacidades anteriores normales en forma y grado tales que asombra y maravilla.

Conclusiones

Las modificaciones citotectónicas descritas se refieren sea al desarrollo especial de las capas aisladas, a la densidad y tamaño de los elementos celulares en el espacio total de una sola lámina, al desarrollo de determinadas formas celulares, o finalmente a la anchura de la corteza y a la relativa relación de amplitud de las diferentes capas. Sobre este criterio se funda el conocimiento de las variaciones locales en la textura celular de la corteza cerebral, y la posibilidad de ampliar sus recursos a la comprensión de las variaciones individuales. Las diferencias encontradas son de carácter "omnilaminar"; se refieren a las modificaciones en las células y estratos que constituyen un campo considerado en corte perpendicular a la superficie, y toman en consideración tanto al conjunto como aisladamente a cada uno de sus componentes. Un determinado campo en un cerebro es distinto del homólogo en otro, no sólo por la existencia de particulares diferencias en los estratos y células, sino porque "el todo" es diferente, desde la anchura de la corteza, grosor y densidad de las láminas, tamaño, forma y disposición de las células, relaciones limítrofes, etc. Es verdad que ya a simple vista determinados caracteres generales llaman la atención de tal modo que es fácil decir a qué cerebro corresponde determinado campo; mas, las diferencias individuales sólo se afirman con el examen minucioso comparativo de cada una de las láminas y sus elementos. Podríamos deducir, por ejemplo, conclusiones generales partiendo de la base de ciertas diferencias en los cerebros

examinados; referirnos, v. g., en el cerebro 64 al tamaño grande de las células de las capas II y V, y a la marcada riqueza celular de sus diferentes láminas; en el cerebro 65 a la especial finura y delgadez de las células, al menor desarrollo de los elementos ganglionares de las capas III y V, y a la escasa proporción de las células en las láminas en general; en el cerebro 58 al carácter predominantemente piriforme y grueso de sus células, bordes comúnmente redondeados, y a la rica densidad de sus láminas, etc.; mas, si bien estos caracteres sirven para apreciaciones globales, tanto que permiten distinguir a primera vista los casos aislados, no batan por sí solos para una mejor apreciación comparativa. Es sólo por el examen cuidadoso, campo por campo, de los variados elementos que lo integran, que hemos llegado a precisar las diferencias individuales que en detalle están consignadas en las descripciones aisladas y que nos ha permitido trazar las cartas respectivas, donde, lo mismo que en los dibujos de los contornos de los cortes, se está en condiciones de apreciar mejor, paso a paso, la extensión, límites y relaciones de las áreas.

El tiempo no nos permitió terminar íntegramente el estudio citoarquitectural del lóbulo frontal, ni las circunstancias presentes de brevedad para la presentación de este trabajo nos da oportunidad para proceder a la homologación detallada de nuestras cartas con las de BRODMANN, VON ECONOMO y KOSKINAS, y VOGT. Nuestras investigaciones se han circunscrito a la "Regio frontalis" de BRODMANN y las áreas examinadas corresponden a las siguientes de este investigador: **Area frontopolaris,** campo 10 (BRODMANN); **Area prefrontalis,** campo 11, (BRODMANN); **Area frontalis granularis,** campo 9, (BRODMANN); **Area frontalis intermedia,** campo 8, (BRODMANN); **Area frontalis media,** campo 46, (BRODMANN); **Area triangularis,** campo 45, (BRODMANN); **Area opercularis,** campo 44 (BROADMAN); **Area orbitalis,** campo 47 (BRODMANN). En la "Regio cingularis" el "**Area cingularis anterior dorsalis**", campo 32 (BRODMANN).

Con referencia a la capa de ECONOMO y KOSKINAS, nuestras investigaciones han comprendido las siguientes áreas: el campo frontopolar F. E.; el campo frontal granular F. D.; el campo

frontal intermedio F. C.; el campo frontal agranular F. D.; el campo orbitario F. F.; el campo prefrontal F. H.; el campo paraolfativo F. L.; el campo geniculado F. M.; el campo precomisural F. N.

Las áreas 56-66 correspondientes a la zona de BROCA no se consignan en este trabajo, en su parte descriptiva por ser motivo de una investigación de H. KREHT. Nuestras investigaciones respecto de esta zona se consignan sólo en las cartas y esquemas para el efecto de las correspondencias anatómicas y límites.

Hecho importante que deducimos de nuestro trabajo—y conviene señalar aquí la independencia absoluta con que fué desarrollado — es la correspondencia precisa de nuestra carta areal citoarquitectural con la mieloarquitectural de VOGT. Variaciones hay que pueden corresponder a diferencias individuales, pero en general, tanto en el polo frontal mismo como en las superficies orbitaria, externa, e interna, la distribución de VOGT coincide con la nuestra, en el examen y estudio de tres cerebros, y con la obtenida por G. NGOWYANG en el estudio de otro ejemplar de la colección de VOGT. No hay por lo demás gran discordancia entre los resultados de la investigación citoarquitectural y los de la mieloarquitectural. Ya habían sido advertidos por BRODMANN al comparar sus áreas citarquitecturales, con las que en manos de VOGT había dado la investigación mieloarquitectural. Esta, como dice BRODMANN, permite diferenciaciones más finas, dando ocasión para señalar mejor territorios pequeños y numerosos en lugares en los que la citoarquitectura sólo permite delimitar territorios más extensos. Se trata, por consiguiente, sólo de diferencias de grado de las localizaciones zonales, no de diferencias principales. Además hay que anotar aquí que en los animales inferiores no es raro que la arquitectura celular sobrepase en diferenciación textural a la mieloarquitectural, permitiendo a aquélla mayores distribuciones que a ésta.

No vamos a entrar en el detalle de las extensiones territoriales. Se les apreciará mejor examinando las cartas y los esquemas adjuntos, donde podrá juzgarse de sus dimensiones, desenvolvimiento y límites.

Las diferencias individuales nos la da el examen de las microfotografías de las cartas y esquemas. Si tal es la evidencia a que nos conduce nuestros estudios, creemos de todo interés sugerir a los investigadores de América que emprendan trabajos semejantes, si han de ser fuente de amplicación de conocimientos anatómicos y si ha de caber la posibilidad de aplicar sus resultados a la Antropología, como base segura del mejor conocimiento de la realidad biológica americana.

Al terminar nuestro trabajo queremos hacer presente la expresión de nuestra mayor gratitud a los Profesores C. y O. VOGT por las facilidades que nos fueron acordadas en el Kaiser Wilhelm Institut für Hirnforschung, Berlin-Buch, Alemania para realizar este estudio, y al Deutscher Akademischer Austauschdienst E. V. Alexander v. Humboldt Stiftung, por la manera generosa con que colaboró en nuestras actividades durante los años de nuestra permanencia en Alemania.

BIBLIOGRAFIA

ALDAMA J. 1930.—Cytoarchitektonik der Grosshirnrinde eines 5—jährigen un eines 1—jährigen Kindes. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 130.

BRODMANN K. 1909.—Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde. Leipzig.

CAMPBELL, A. W. 1905.—Histological studies on the localization of cerebral function, Cambrigde.

v. ECONOMO und KOSKINAS. 1925.—Die Cytoarchitektonik der Hirnrinde des erwachsenen Menschen. Berlin.

FOERSTER, O. 1931.—The cerebral cortex in man. Lancet. 109 year. 1931. 11, 309.

FOERSTER, O. 1934.—Uber die Bedeutung und Reichweite des Lokalisationsprinzips im Nervensystem. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Wiesbaden.

GOLDSTEIN, K. 1927.—Die Lokalisation in der Grosshirnrinde nach den Erfahrungen am kranken Menschen. Handbuch der normalen un pathologischen Physiologie, Bd. X., Berlin.

KAPPERS, ARIENSE. 1920-1921.—Vergleichende Anatomie des Centralnervensystems. Haarlem.

KLEIST K. 1934.—Gehirn Pathologie. Leipzig.

KORNMULLER, A. E. 1933.—Bioelektrischen Erscheinungen der Grosshirnrinde. Fortschritte der Neurologie u. Psychiatrie u. ihrer Grenzgebiete. Jahrg. V, H. 10.

v. MONAKOW. 1914.—Die lokalisation im Grosshirn. Wiesbaden.

G. NGOWYANG. 1934.—Die Cytoarchitektonik des Menschlichen. Stirnhirns. 1 Teil. Shanghai.

ROSE, M. 1932.—Die Vergleichende Cytoarchitektonik des Stirnhirns und inre Beziehung sur Physiologie und Klinik. Fortschritte der Neur. u. Psychiatrie. IV. Jahrg., H. 11.

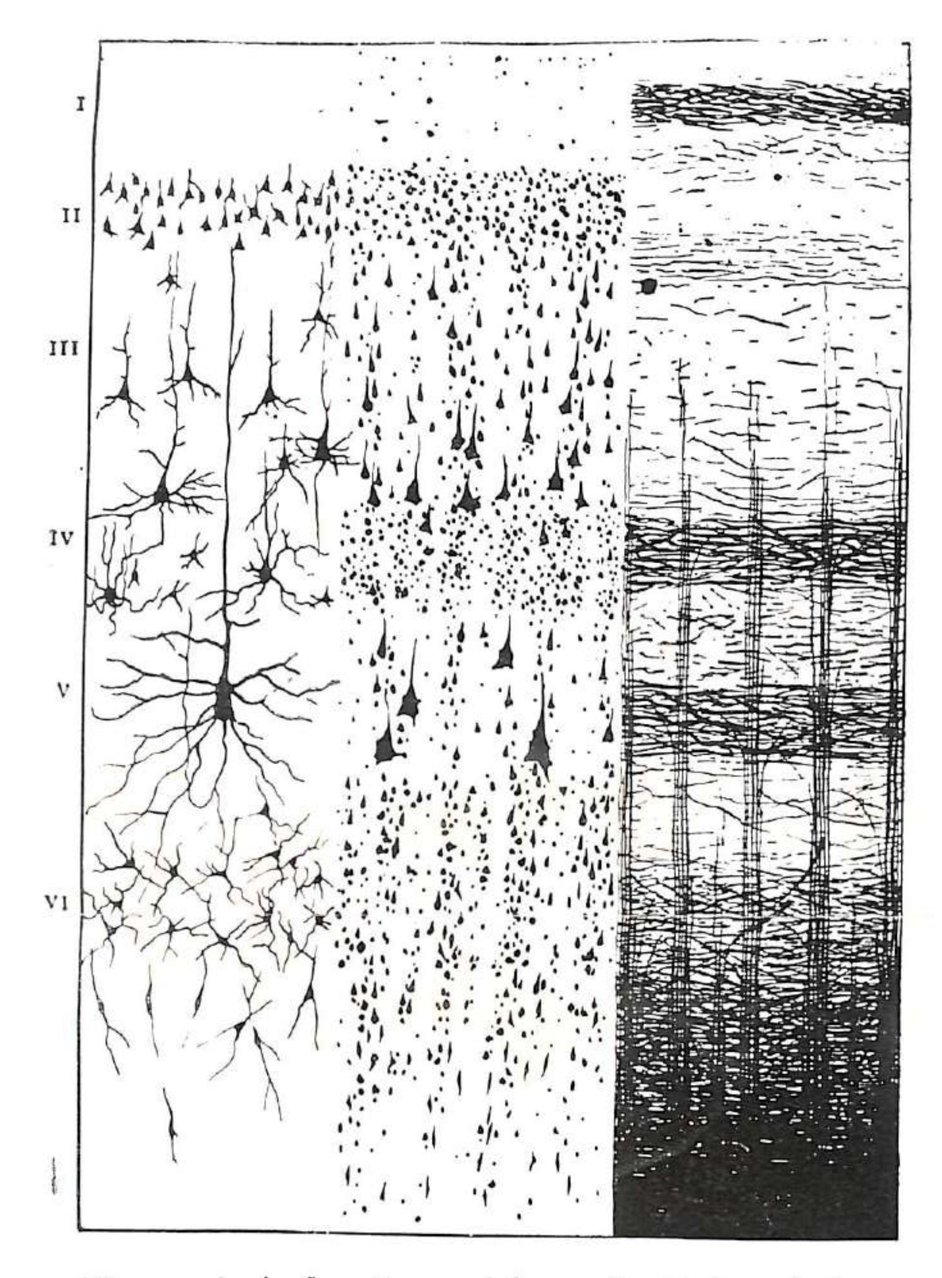
C. u. O. VOGT. 1919.—Allgemeinere Ergebnisse unserer Hirnforschung. Jour. f. Psychol. u. Neurol., Bd. 25. 277.

C. u. O. VOGT. 1922.—Erkrankungen der Grosshirnrinde im. Lichte der Topistik, Pathoklise un Pathoarchitektonik. Ebenda. Bd. 28. 1.

C. u. O. VOGT. 1928.—Die Grundlagen und Teildisziplinen der mikroskopischen Anatomie des Zentralnervensystems. Handbuch der mikroskopischen Anatomie des Menschen. Bd. 4. 448.

C. u. O. VOGT. 1937.—Sitz und Wesen der Krankheiten im Lichte der topistischen Hirnforschung und des Variierens der Tiere, Leipzig.
C. VOGT. 1933.—Warum stellen wir die Hiranatomie in den Mittelpunkt unserer Forschung. Die Naturwissenschaften. 21. Jahrg. H. 21/23.
KLEIST K. 1936.—Bericht über die Gehirnpathologie und ihrer Bedeutung für Neurologie und Psychiatrie. Zeitschrift f. Neurologie und Psychiatrie Bd. 158. 1937.

LAMINA N° 1



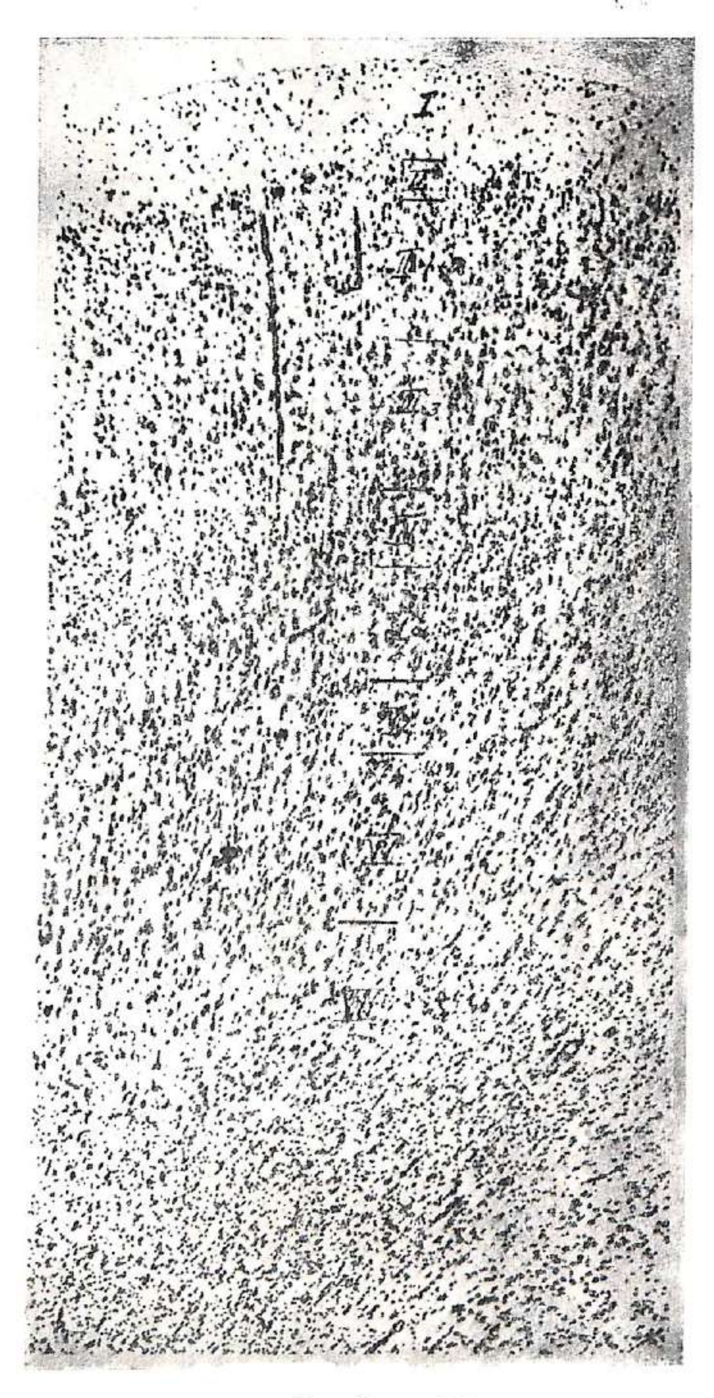
Tipos principales cito y mieloarquitectónicos de la corteza.



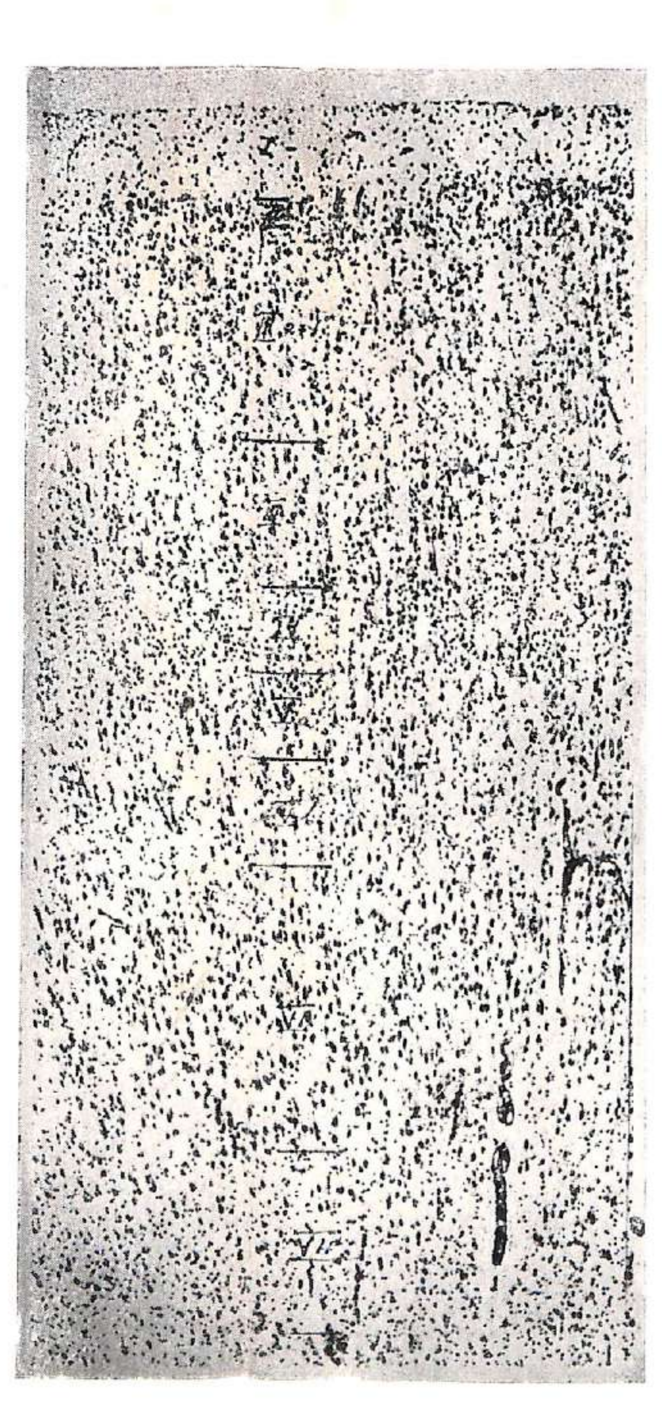
LAMINA Nº 2



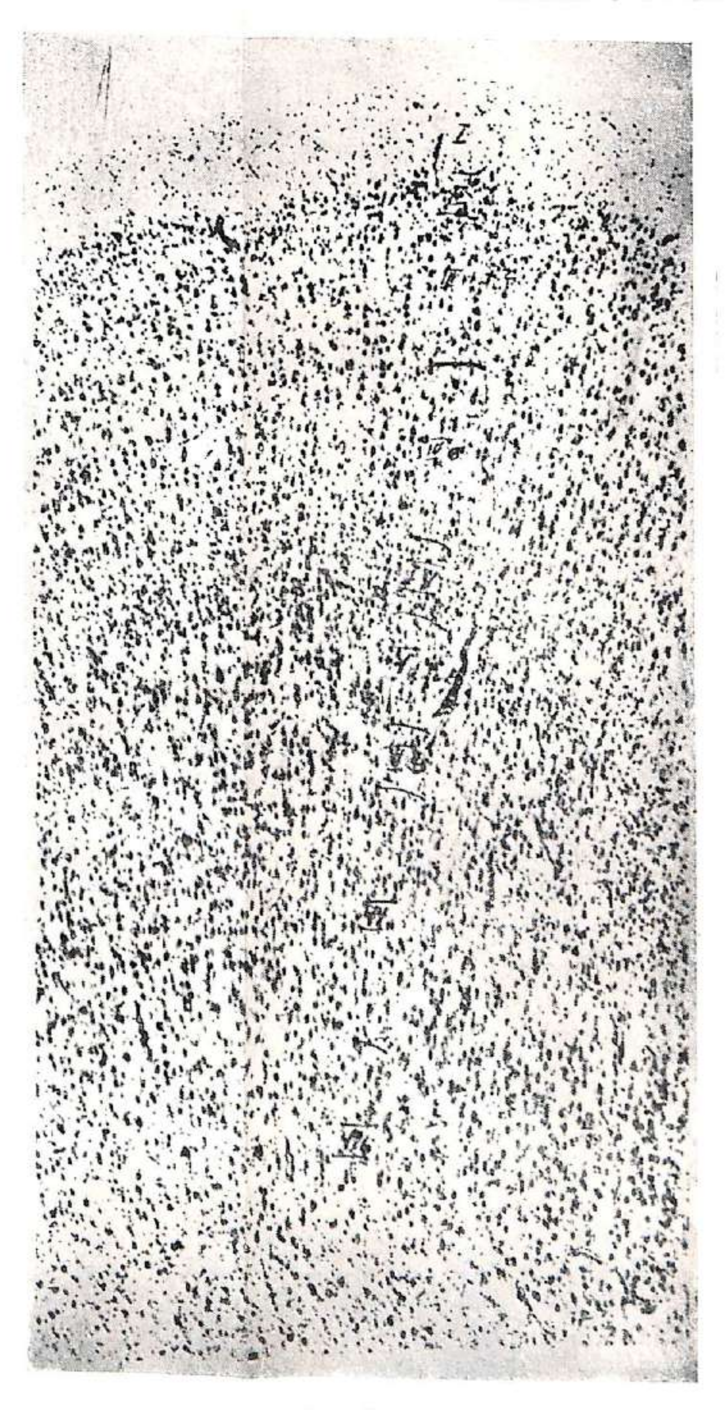
CAMPO Nº 51



Cerebro 64



Cerebro 65

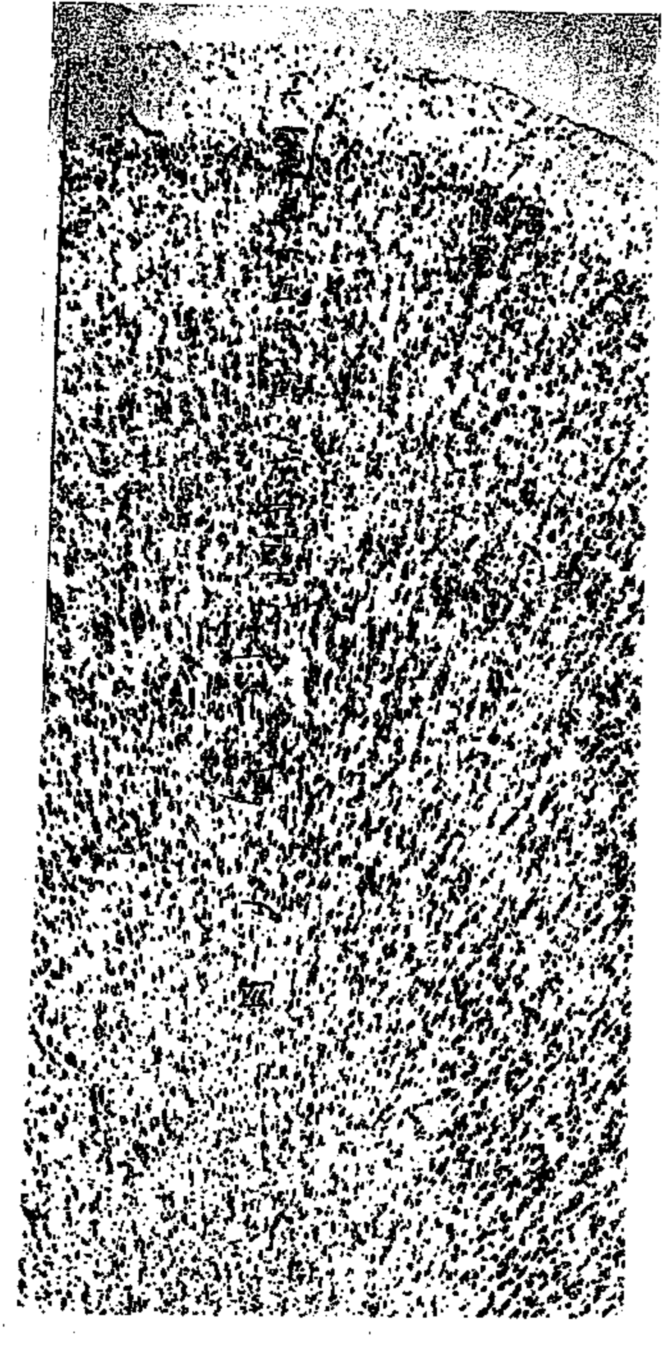


Cerebro 58

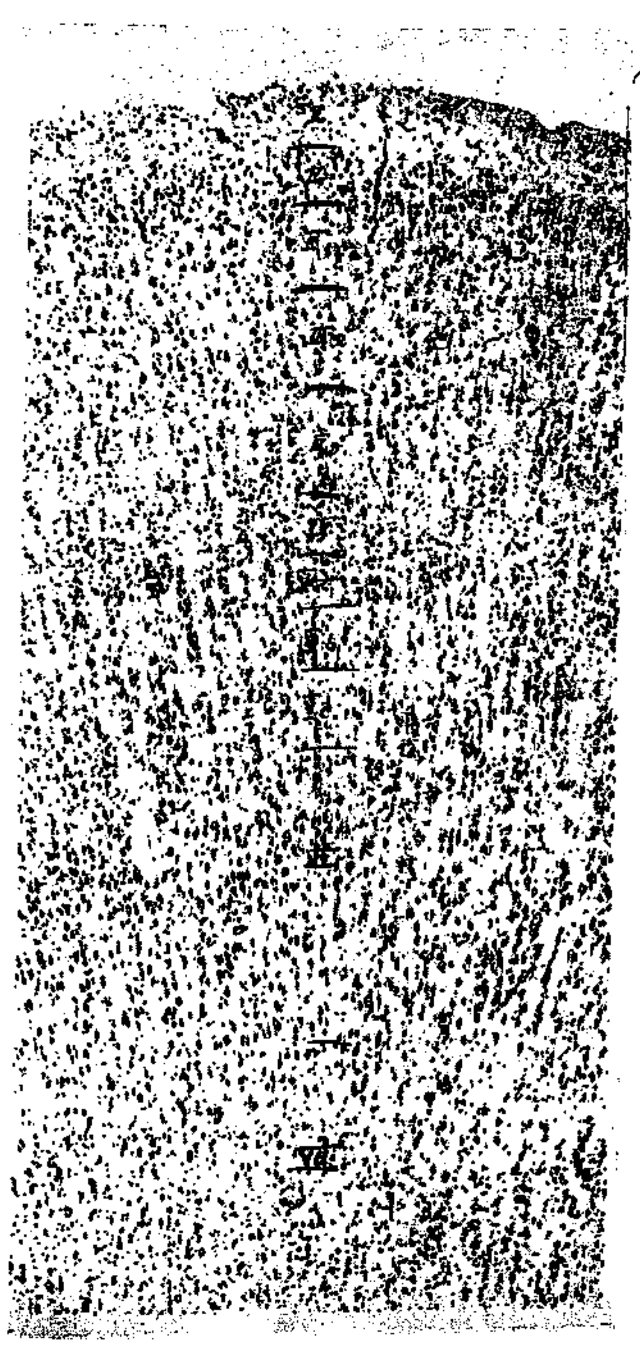
NOTA: La estrechez de tiempo y el extenso material que corresponde a los cortes de la corteza cerebral, no permiten sino la publicación de 9 microfotografías, de los campos 50, 51 y 52. En un trabajo posterior, se publicarán todas.

LAMINA Nº 3

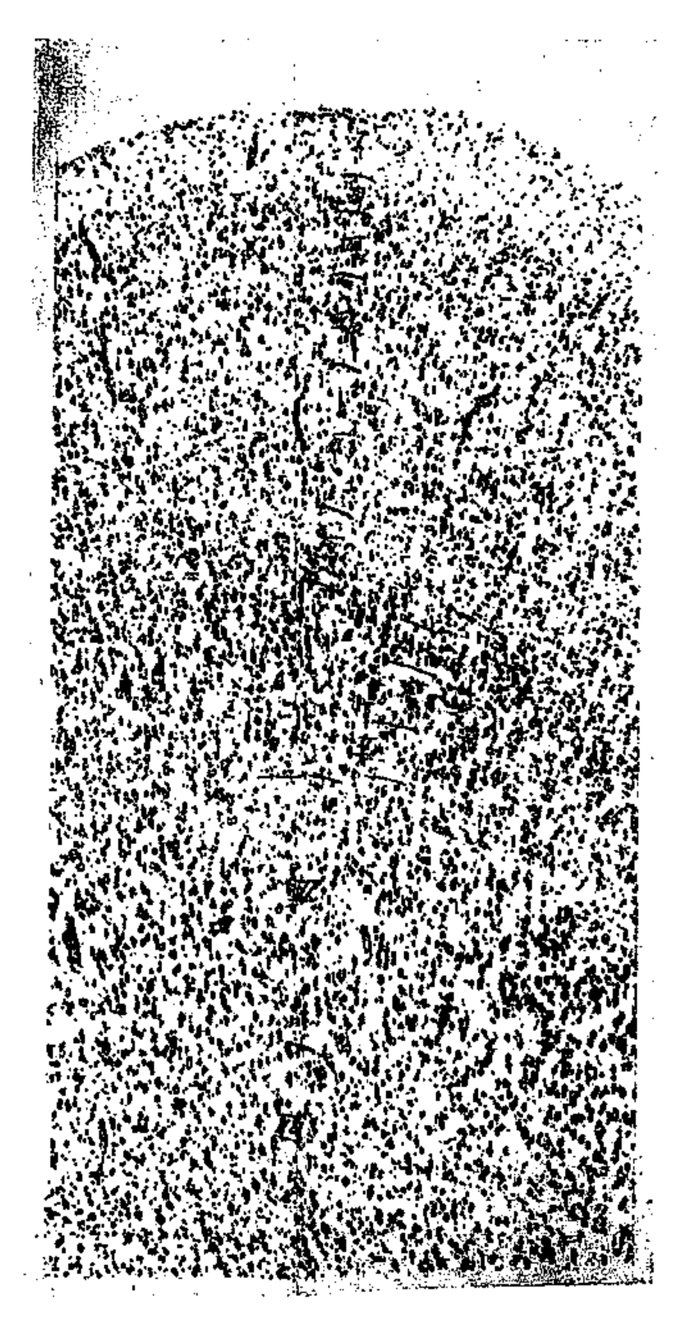
CAMPO Nº 50



Cerebro 64



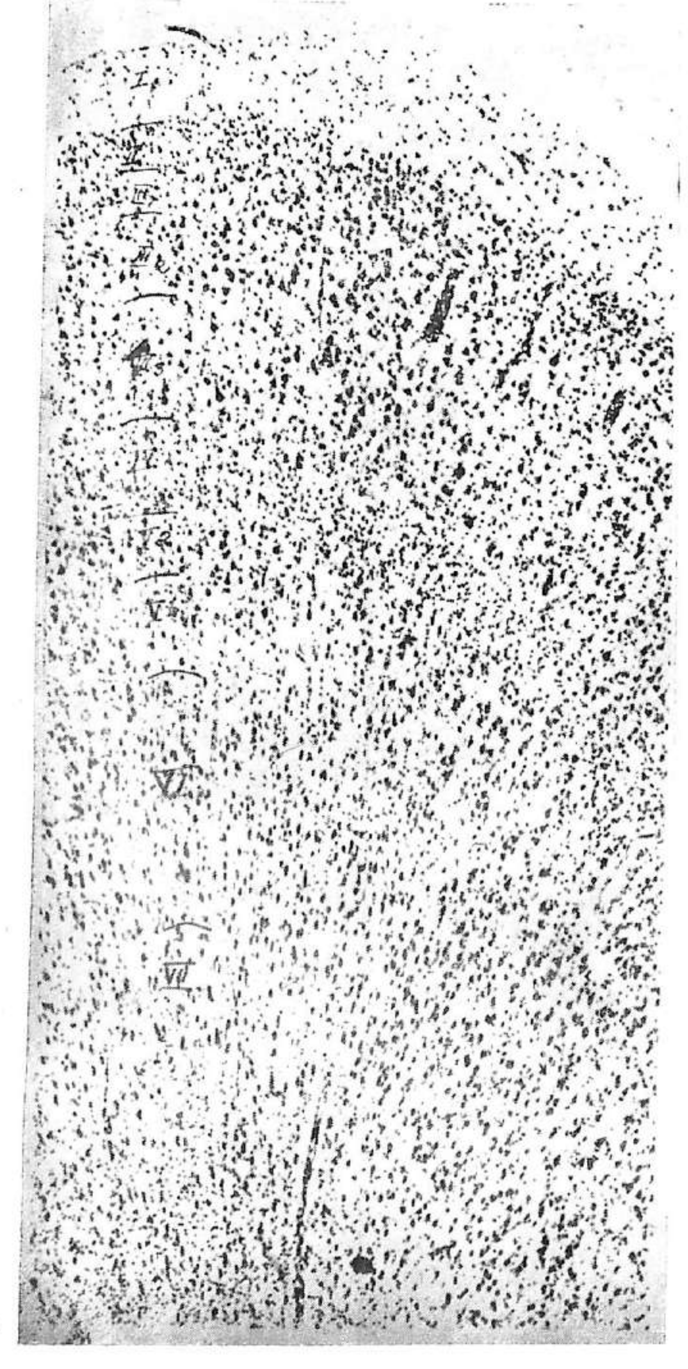
Cerebro 65



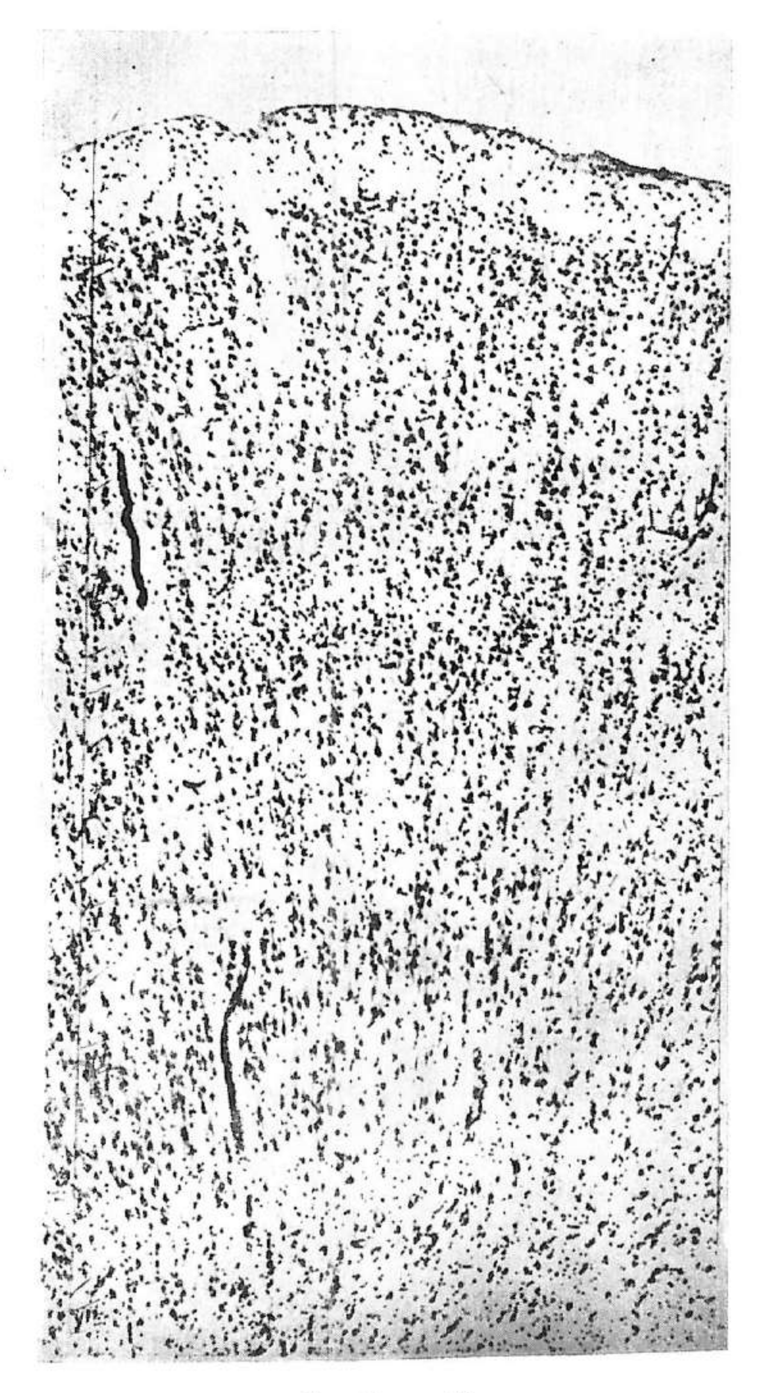
Cerebro 58

LAMINA N° 4

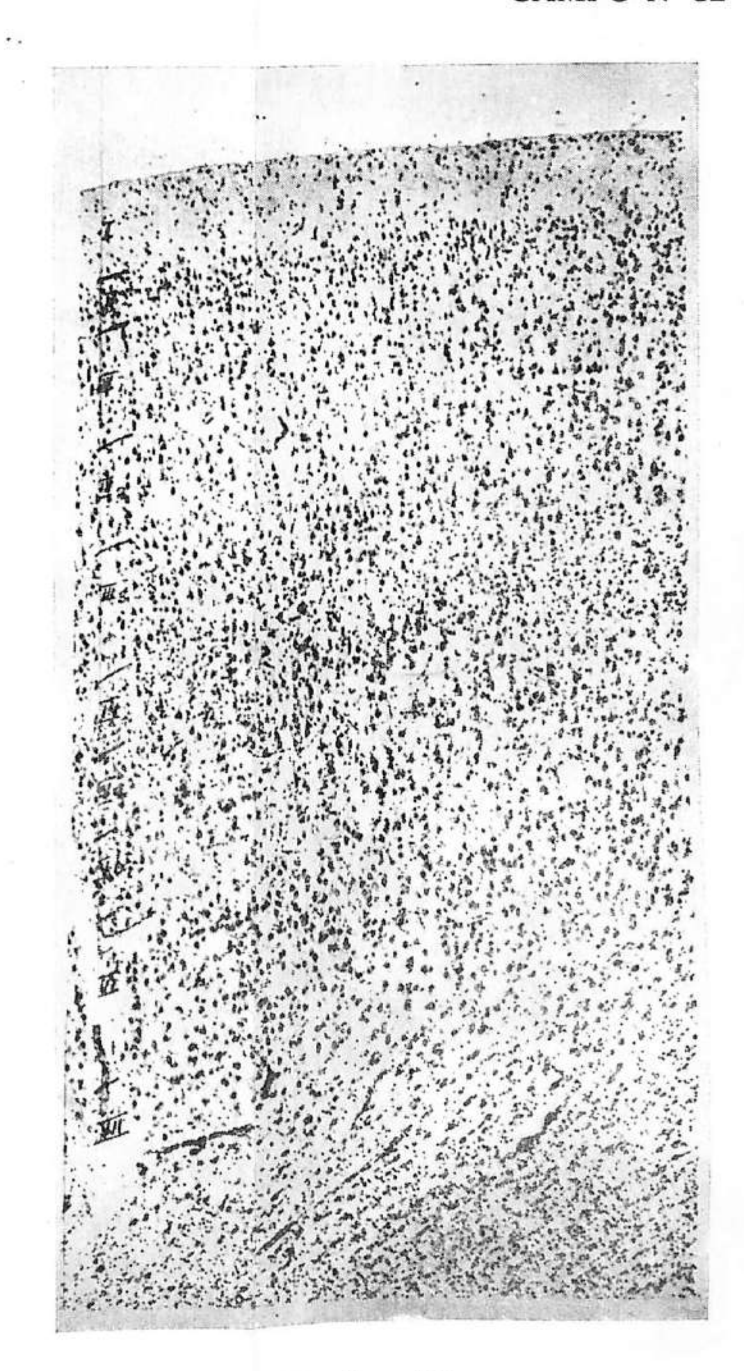
CAMPO N° 52



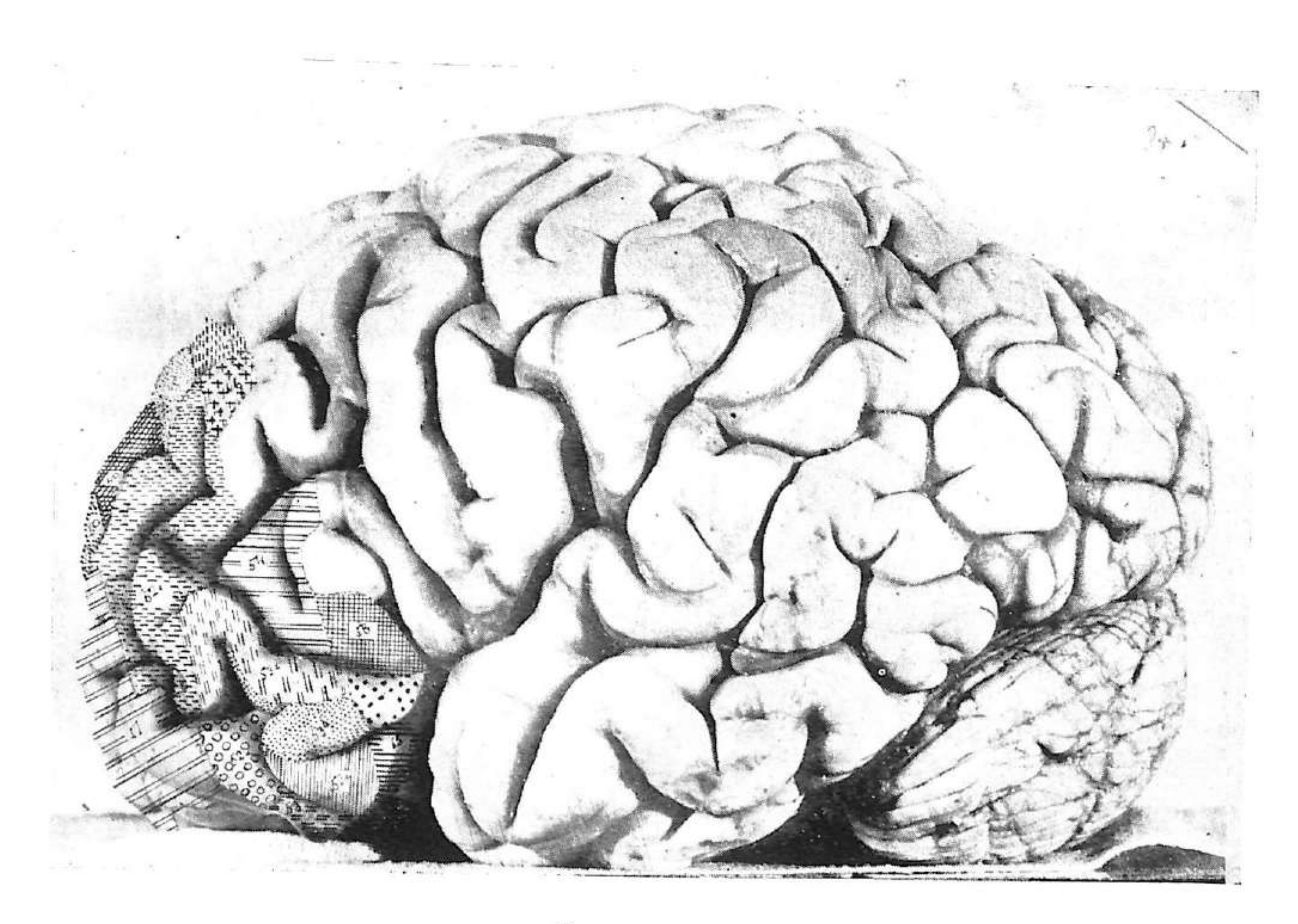
Cerebro 64



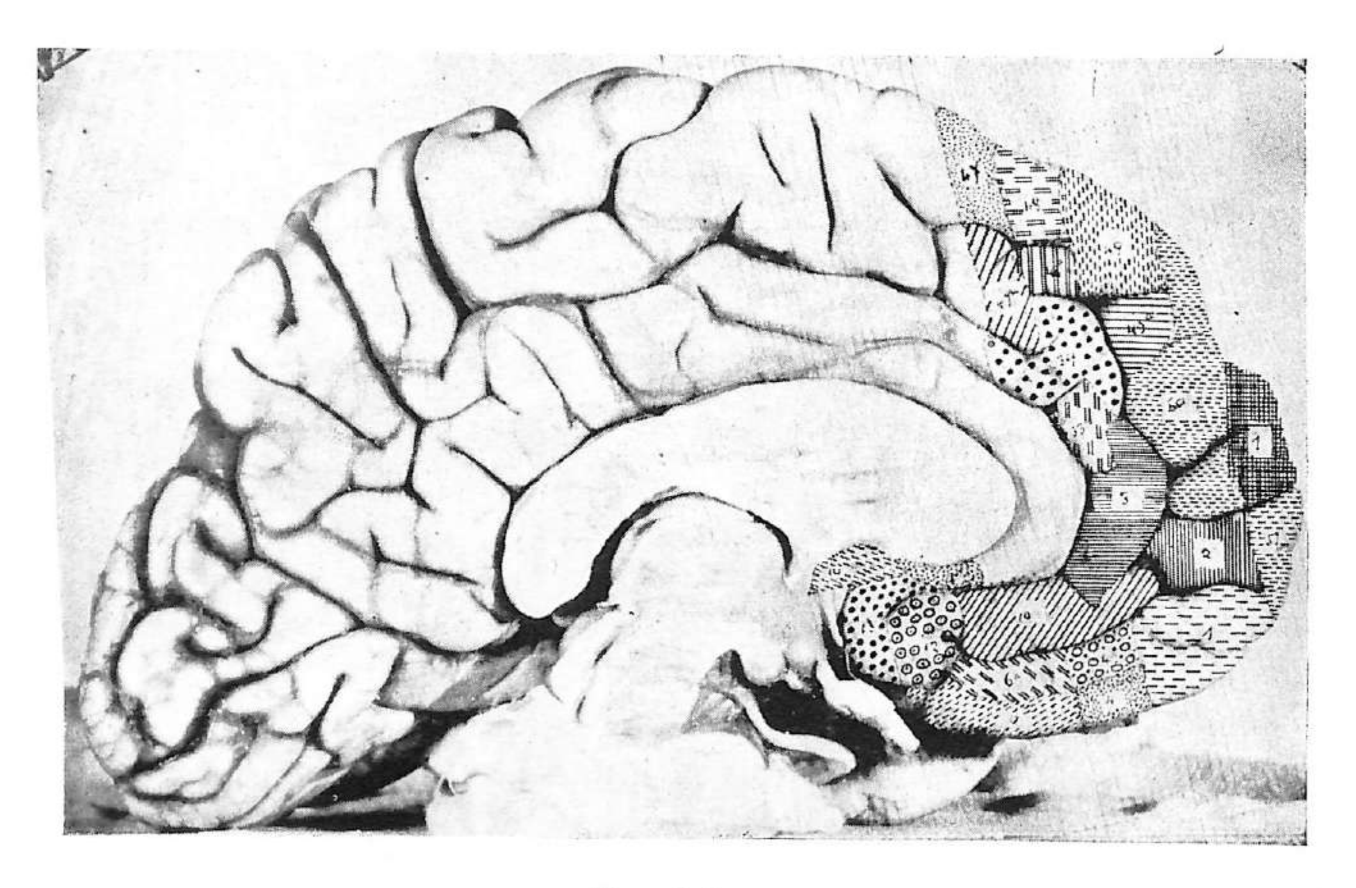
Cerebro 65



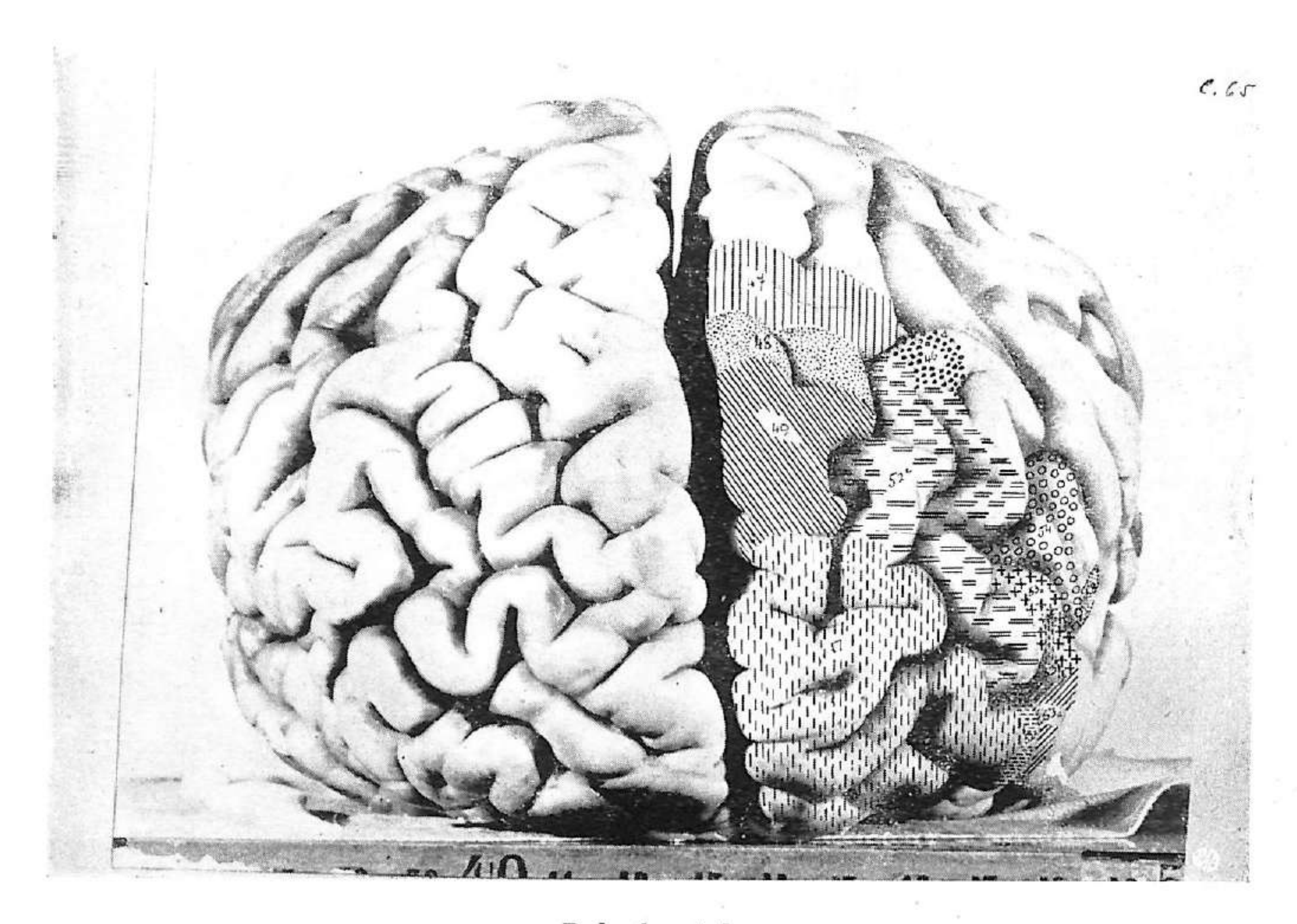
Cerebro 58



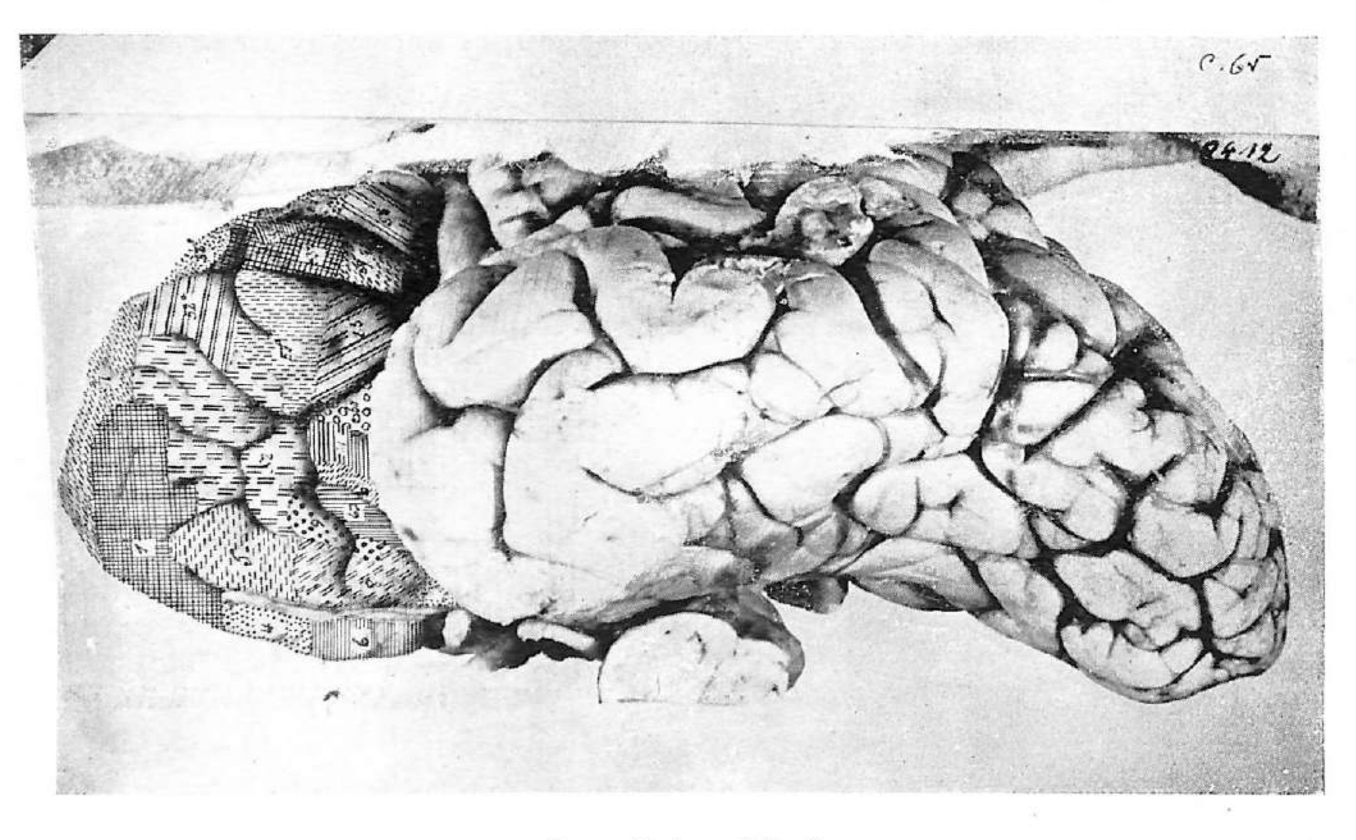
Cara externa.



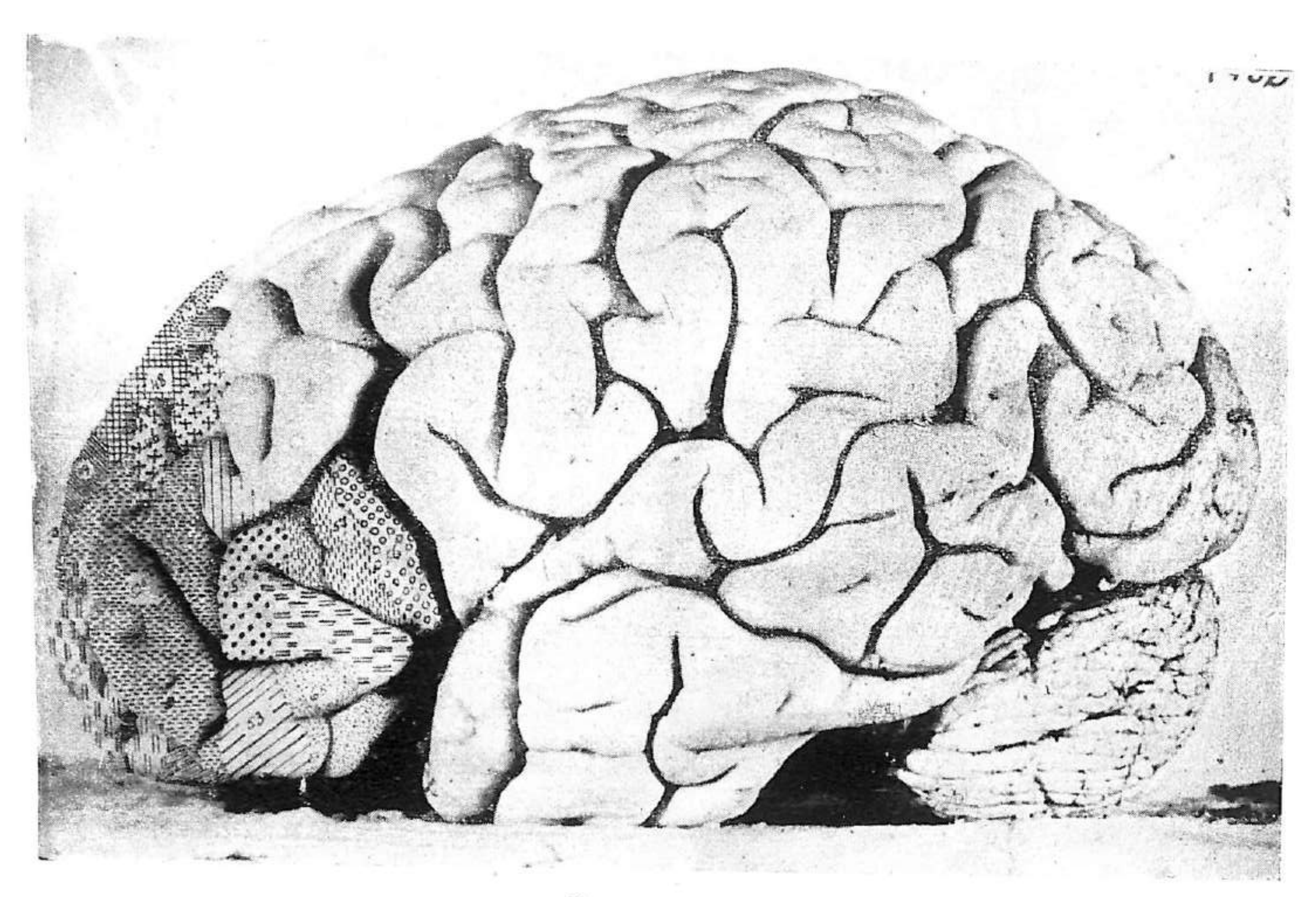
Cara interna.



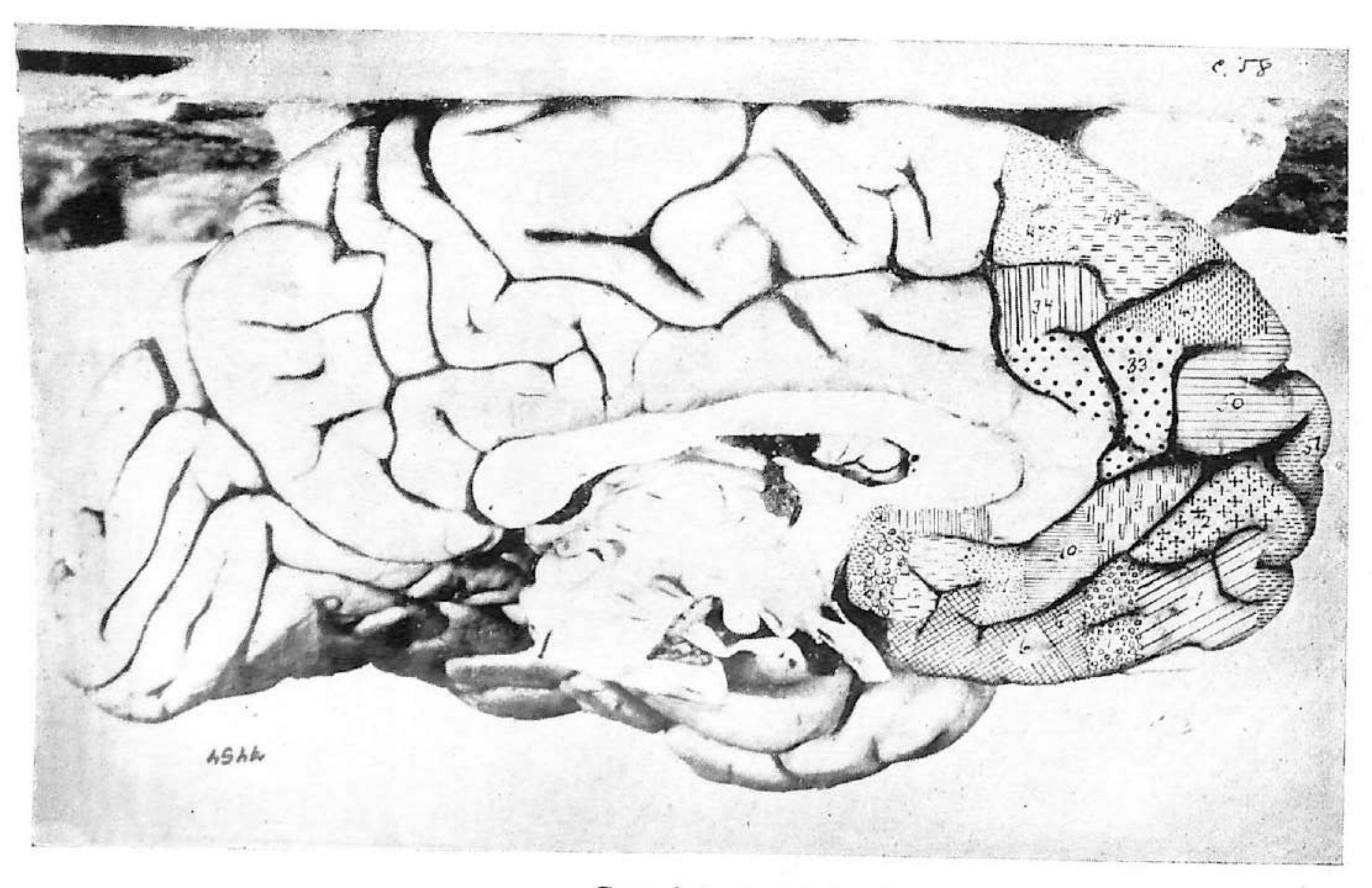
Polo frontal.



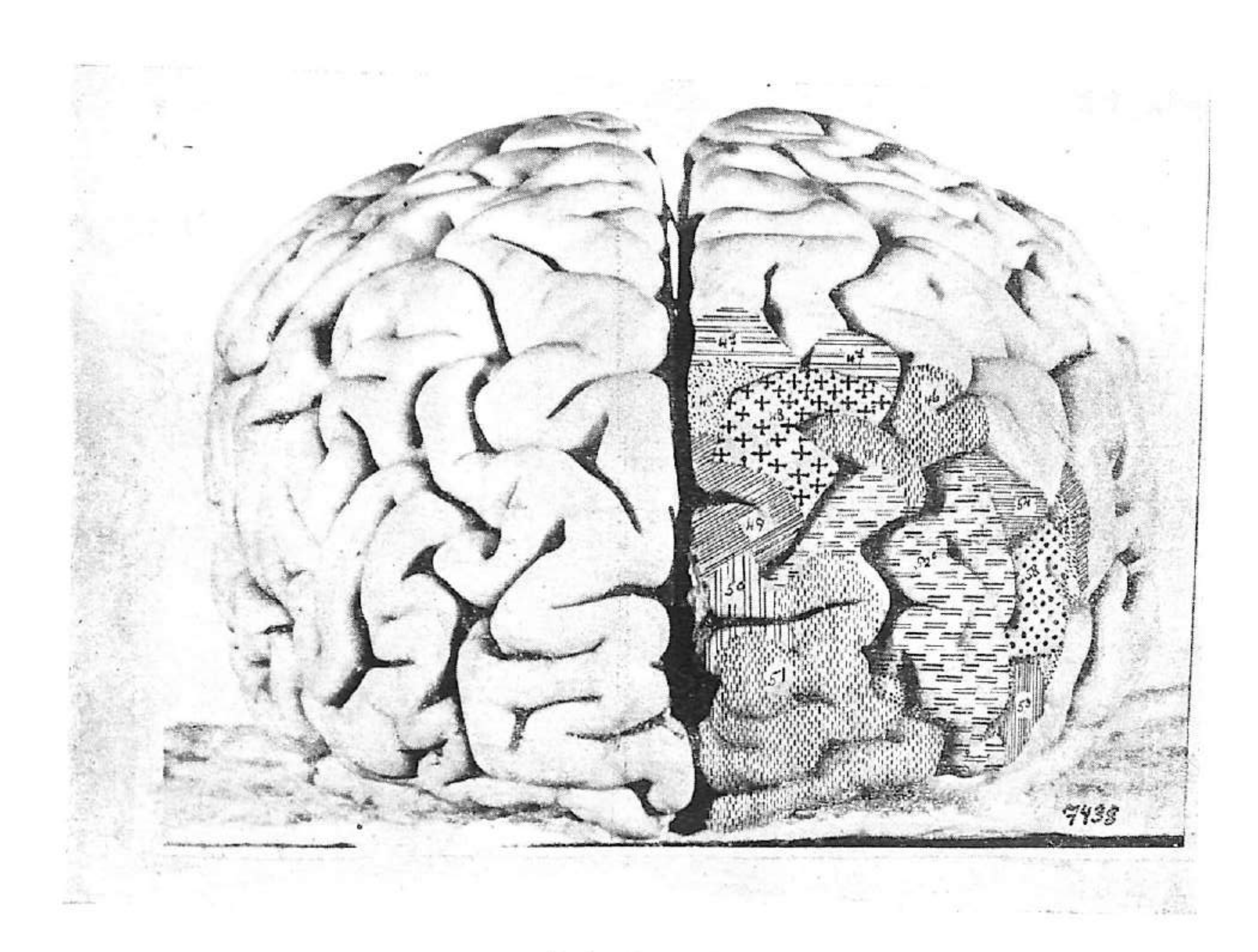
Superficie orbitaria.



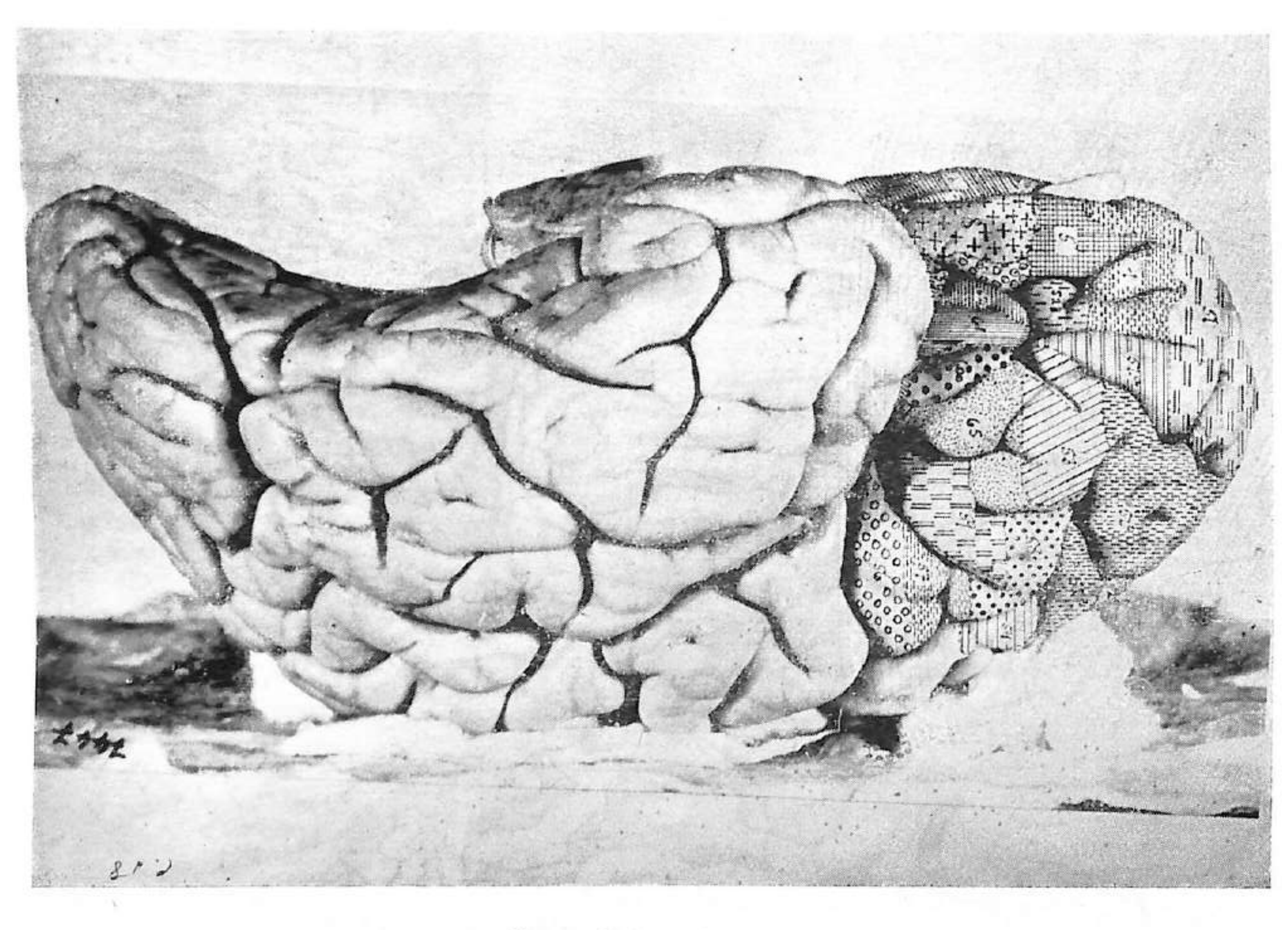
Cara externa.



Cara interna.

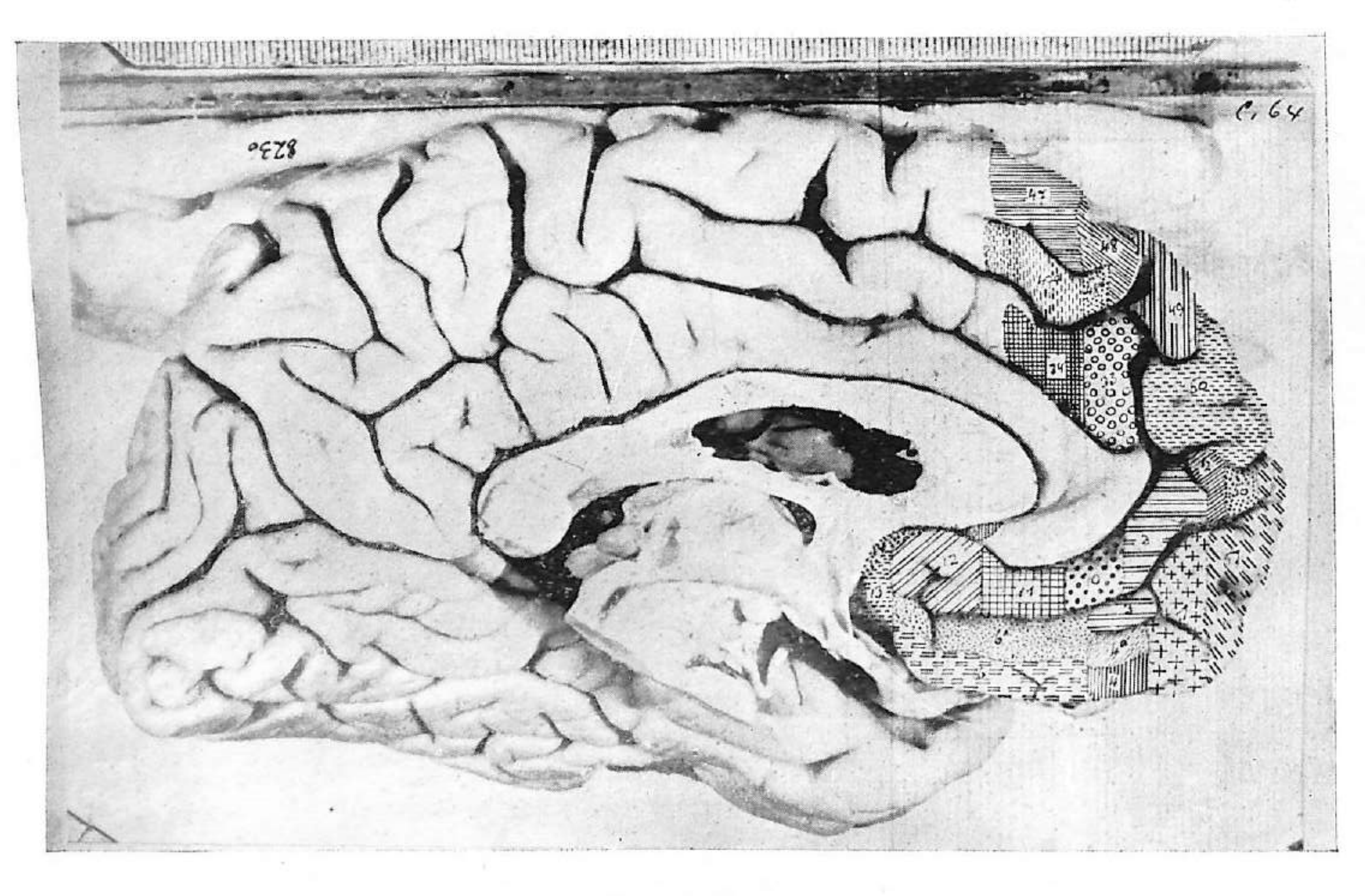


Polo frontal.

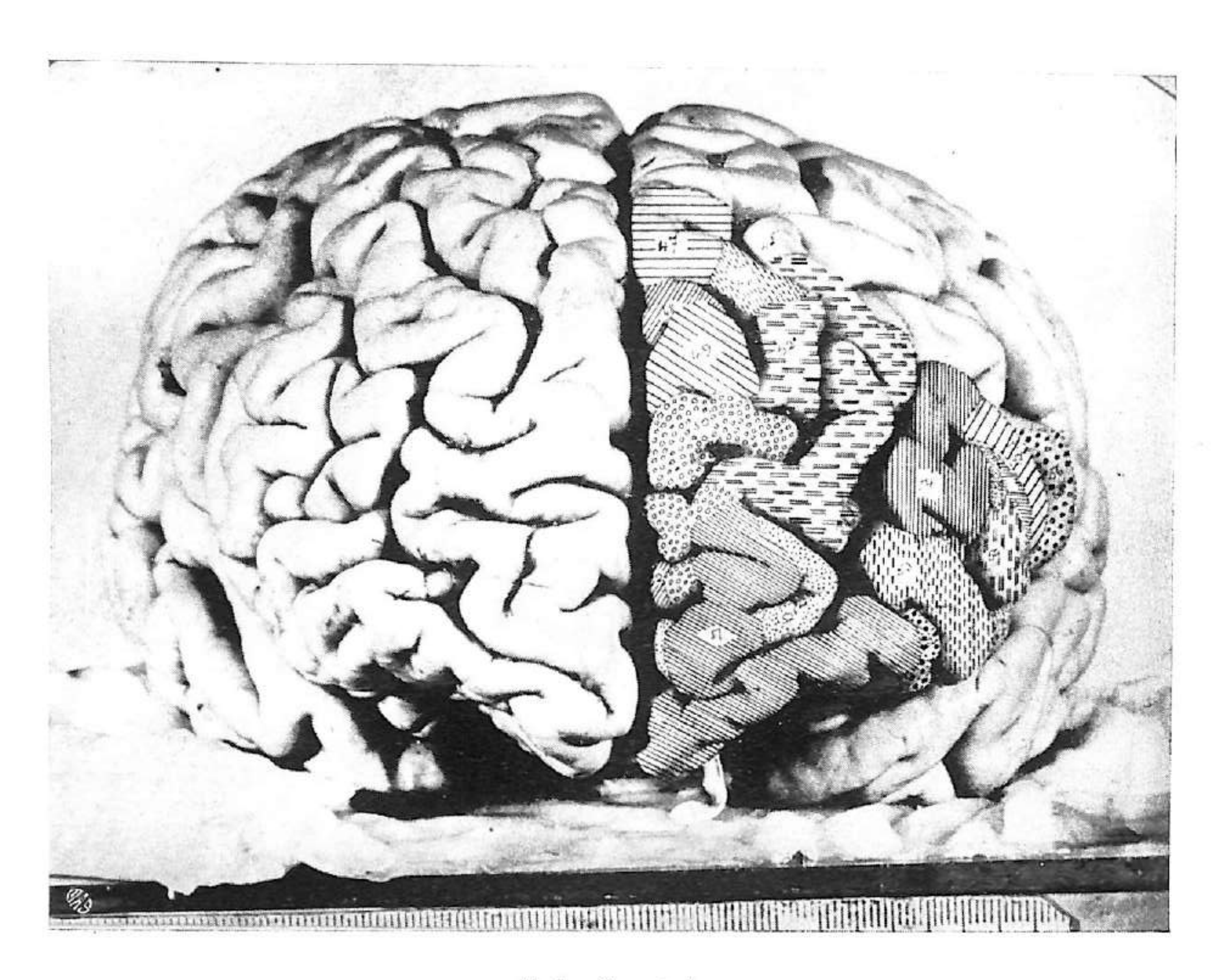


Superficie orbitaria.

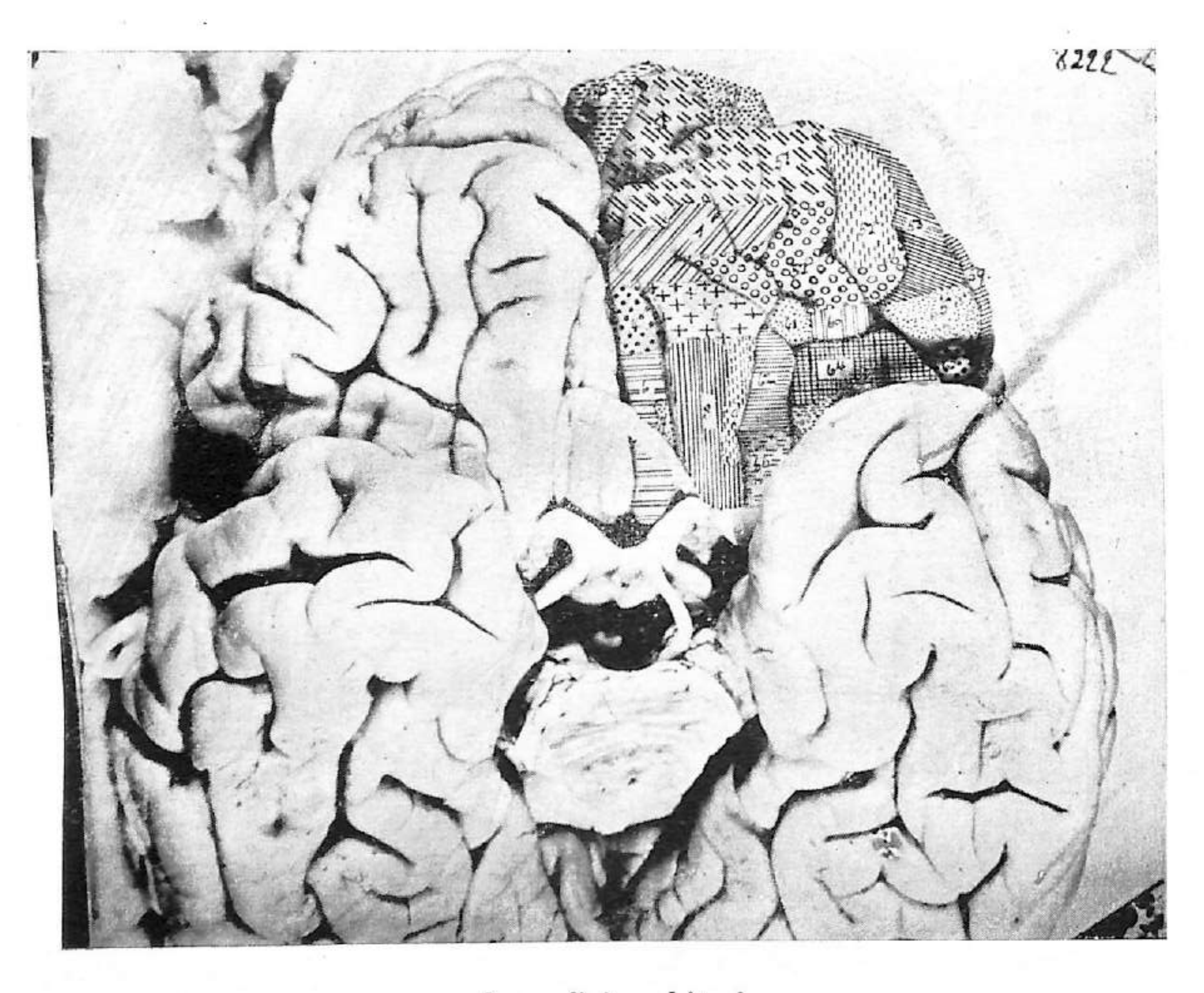
Cara externa.



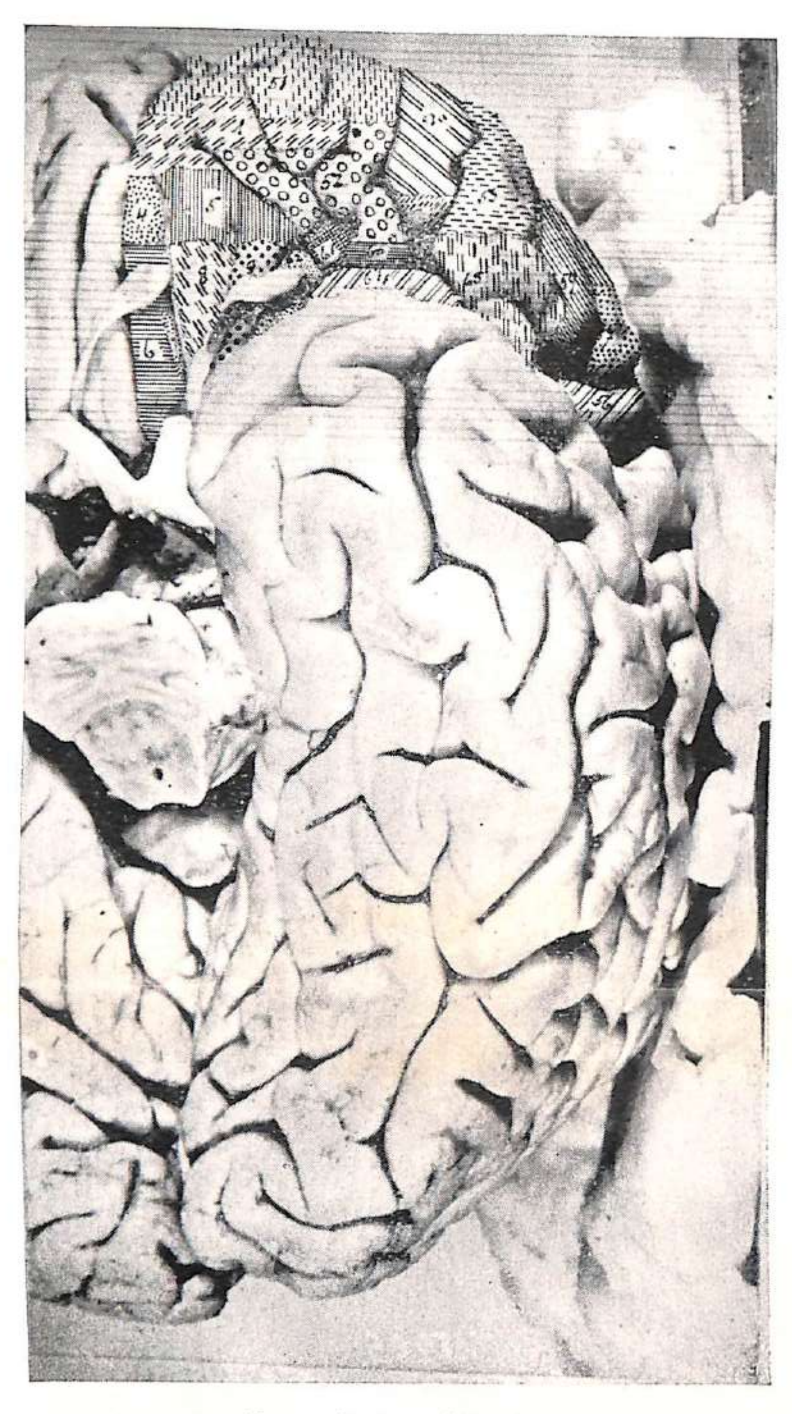
Cara interna.



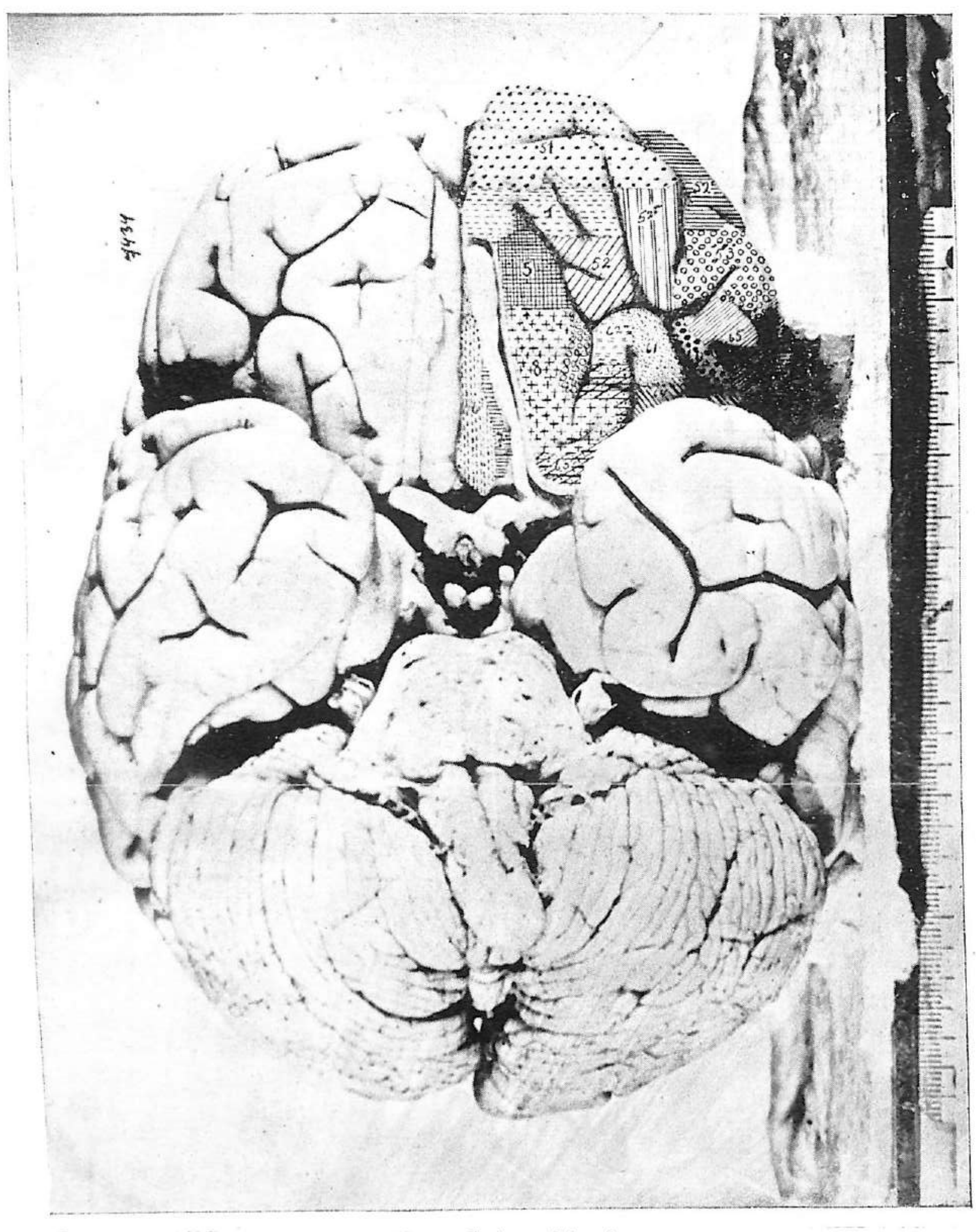
Polo frontal.



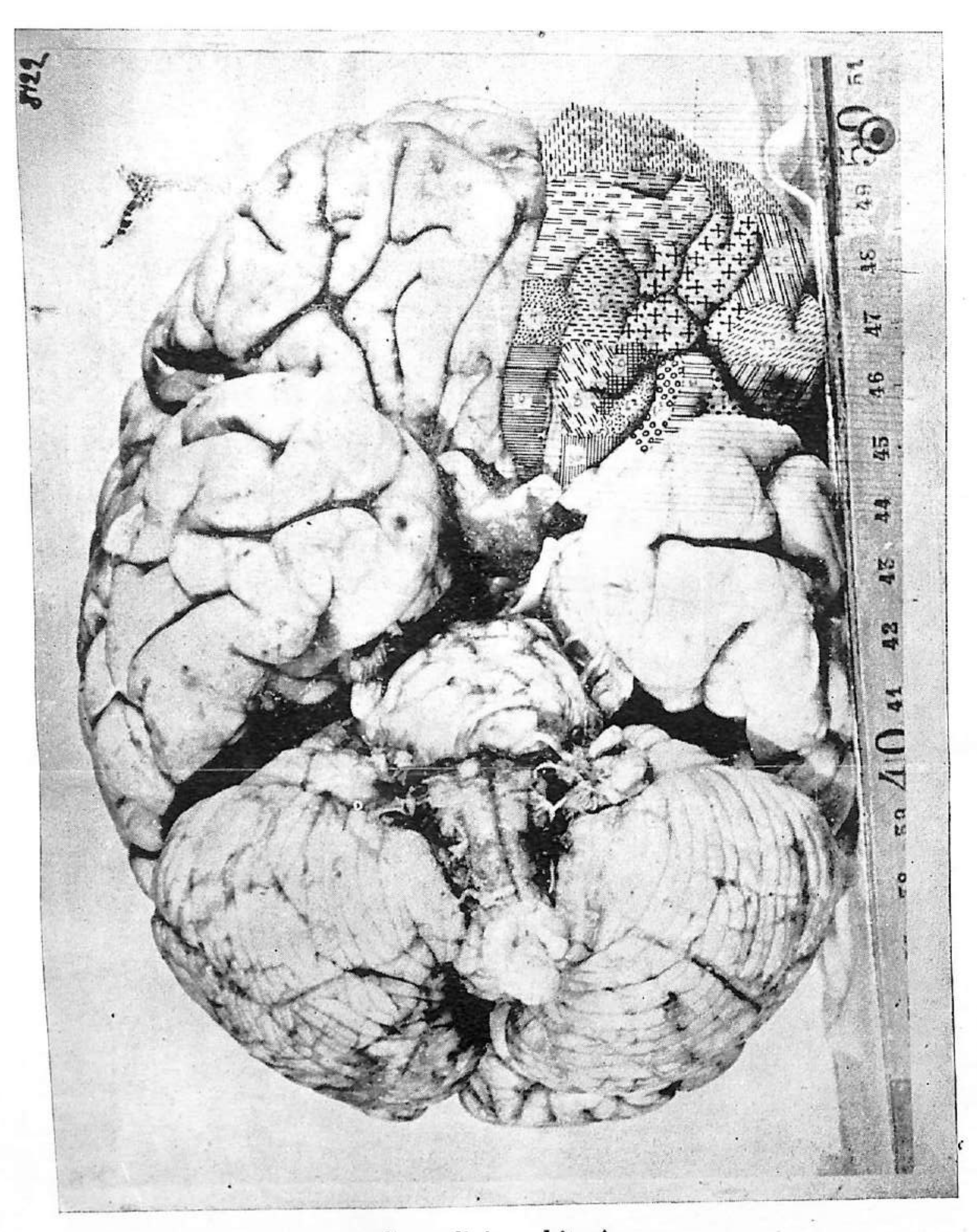
Superficie orbitaria.



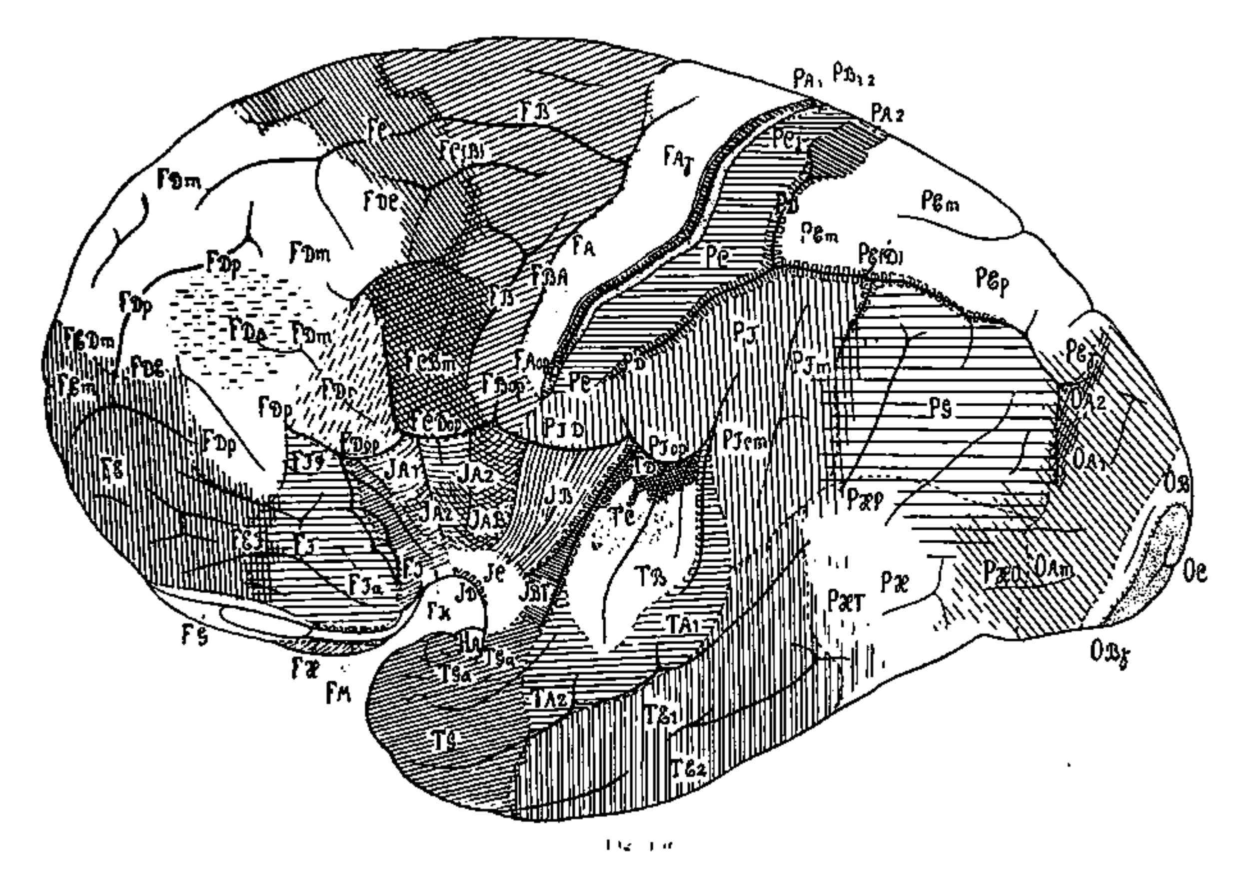
Superficie orbitaria.



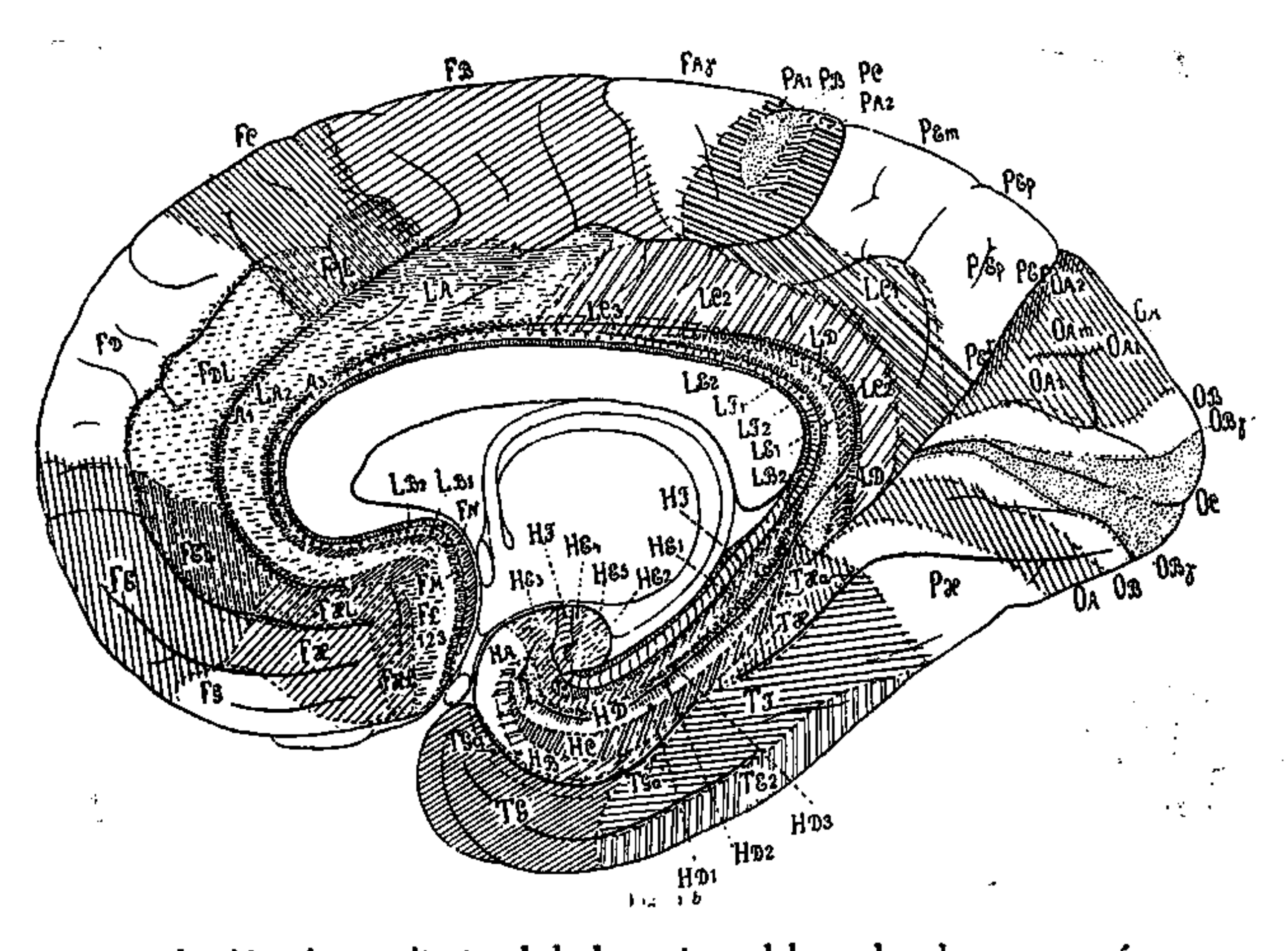
Superficie orbitaria.



Superficie orbitaria.



Distribución citoarquitectural de la corteza del cerebro humano según v. ECONOMO, Y KOSKINAS. (Superficie externa).



Distribución citoarquitectural de la corteza del cerebro humano según v. ECONOMO, Y KOSKINAS. (Superficie interna).

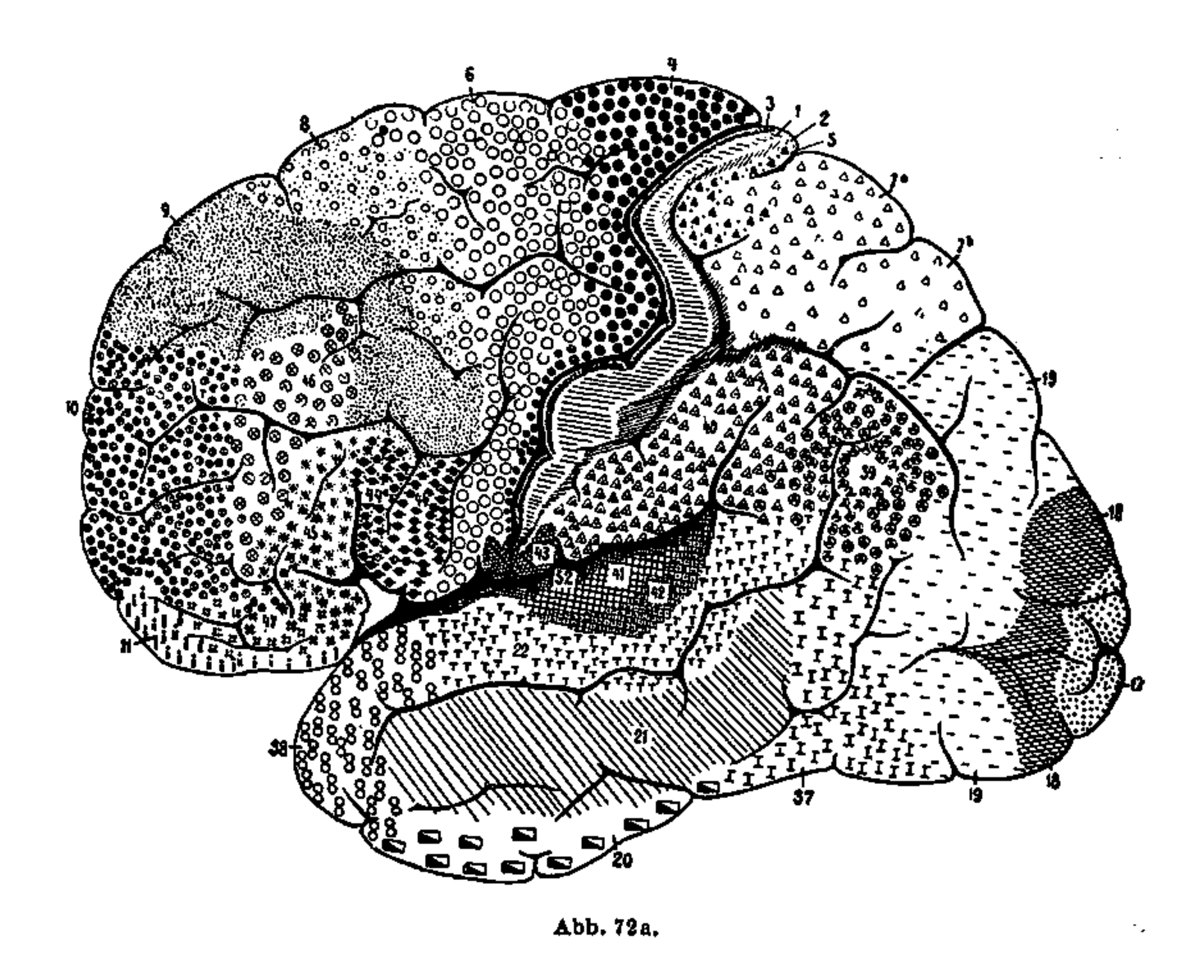


Abb. 72a.

Distribución citoarquitectural de la corteza del cerebro humano según BRODMANN. (Superficie externa).

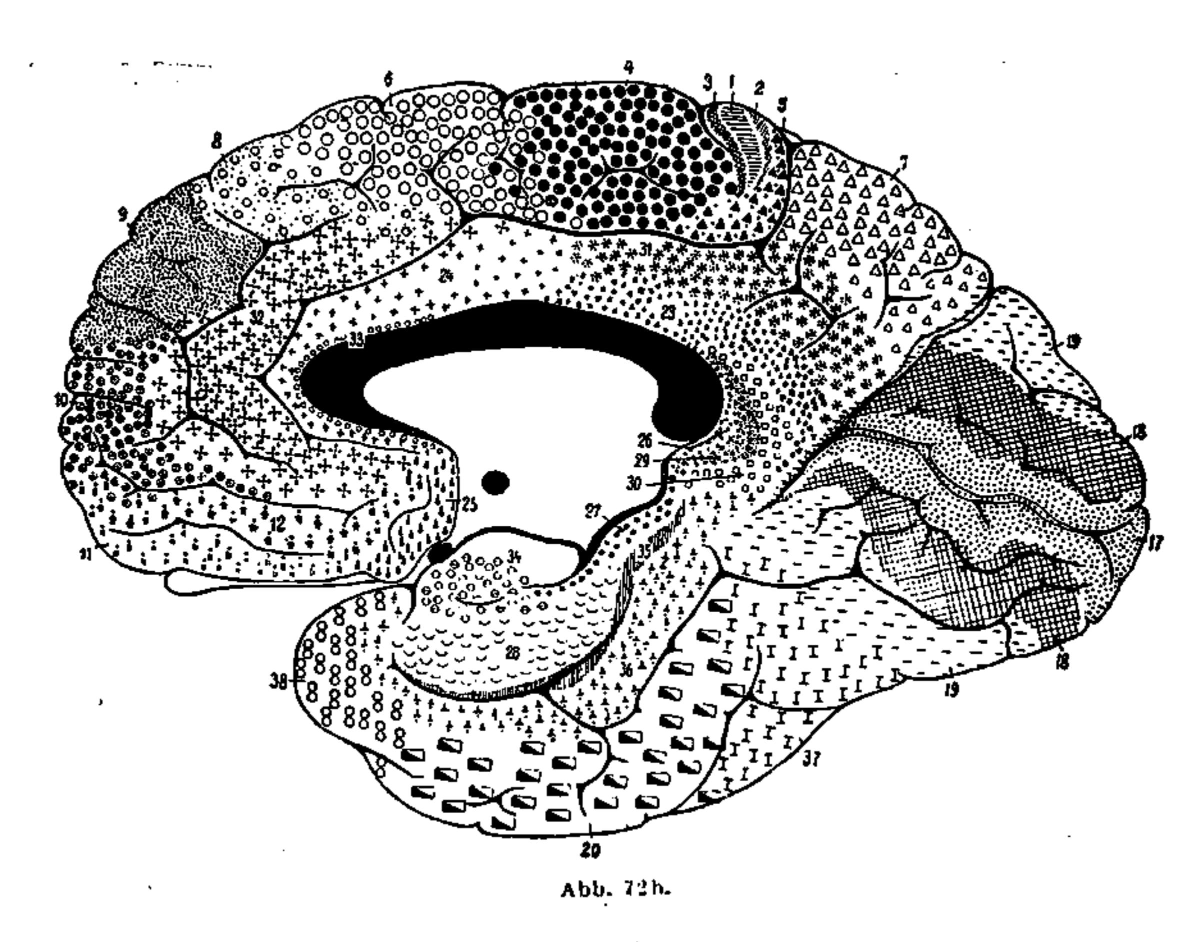
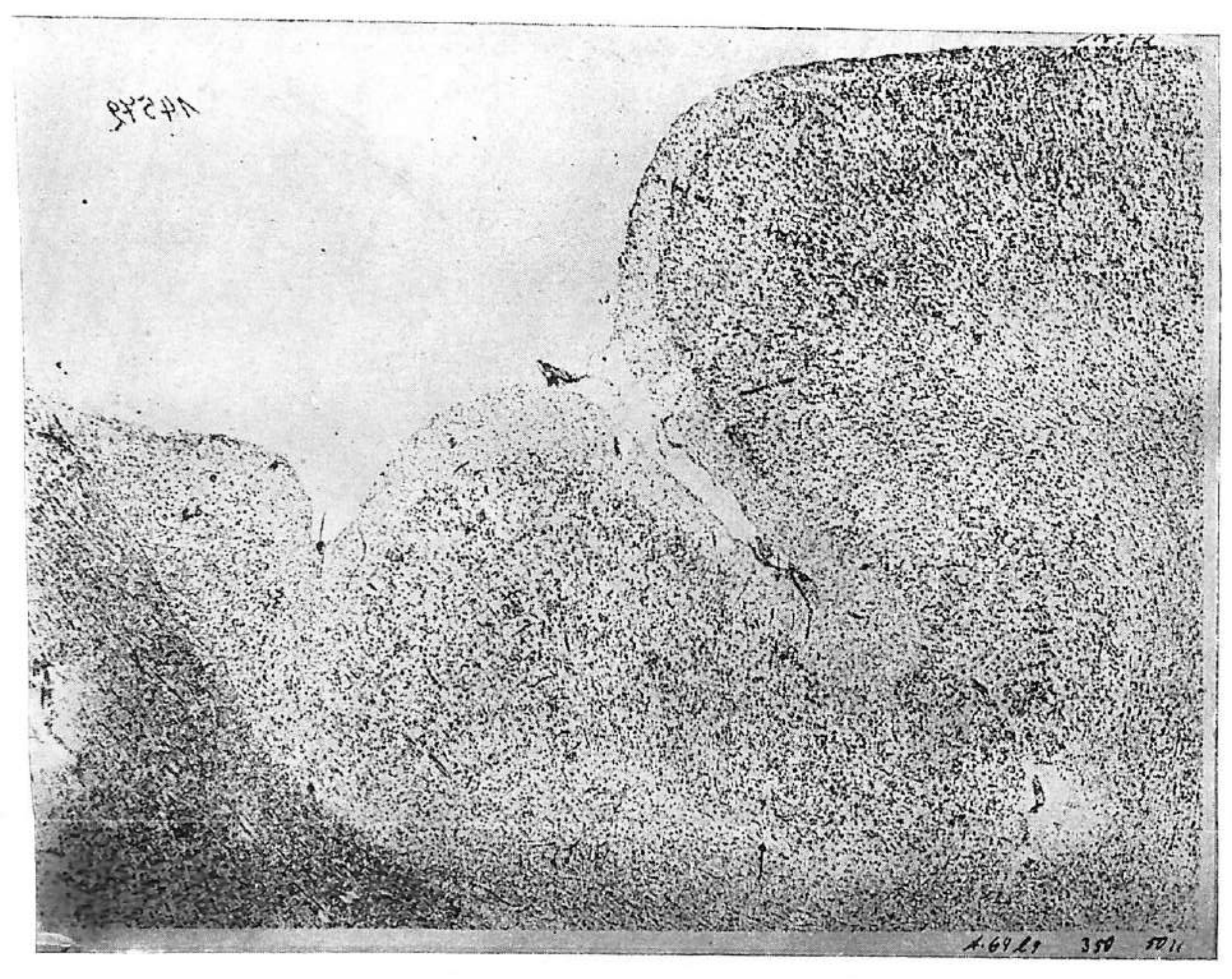


Abb. 72b.

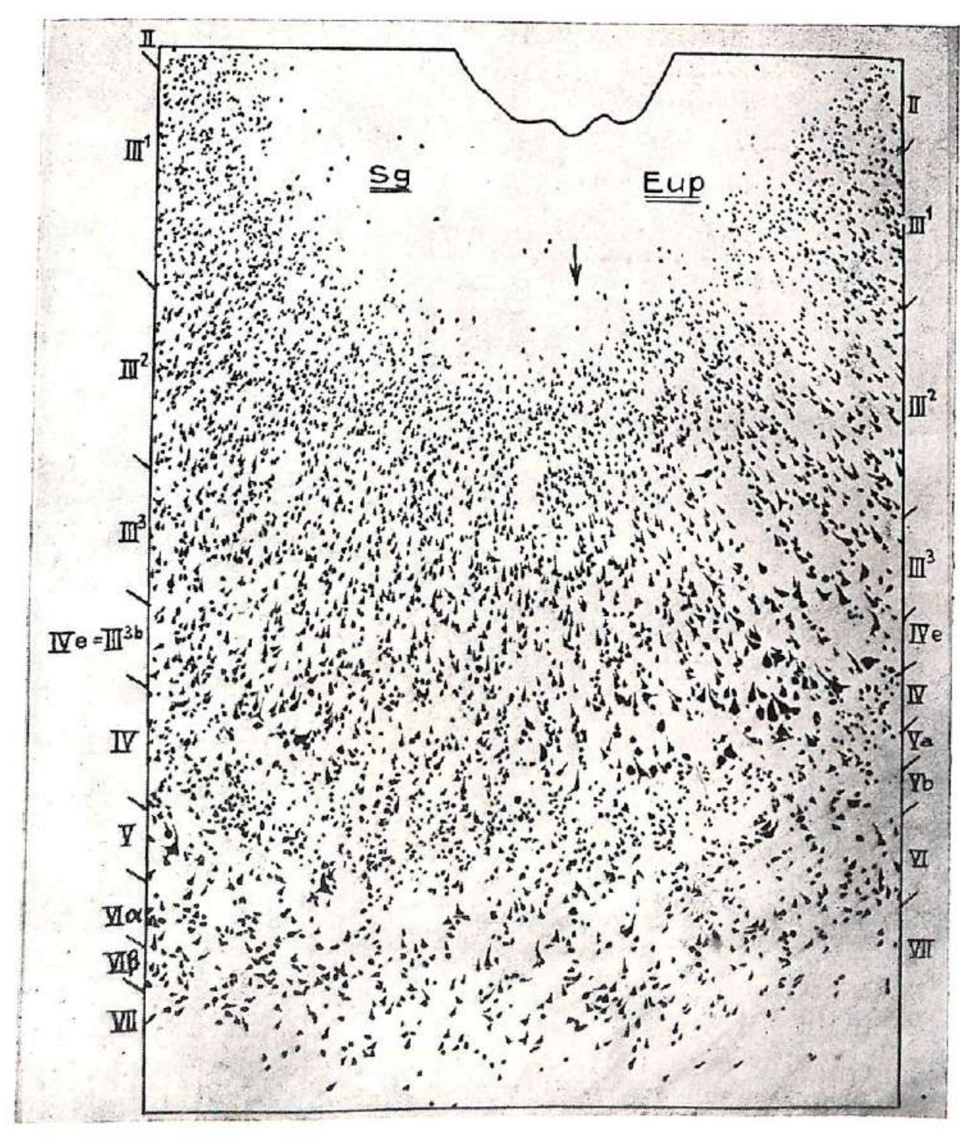
Distribución citoarquitectural de la corteza del cerebro humano según BRODMANN. (Superficie interna).

LAMINA Nº 16

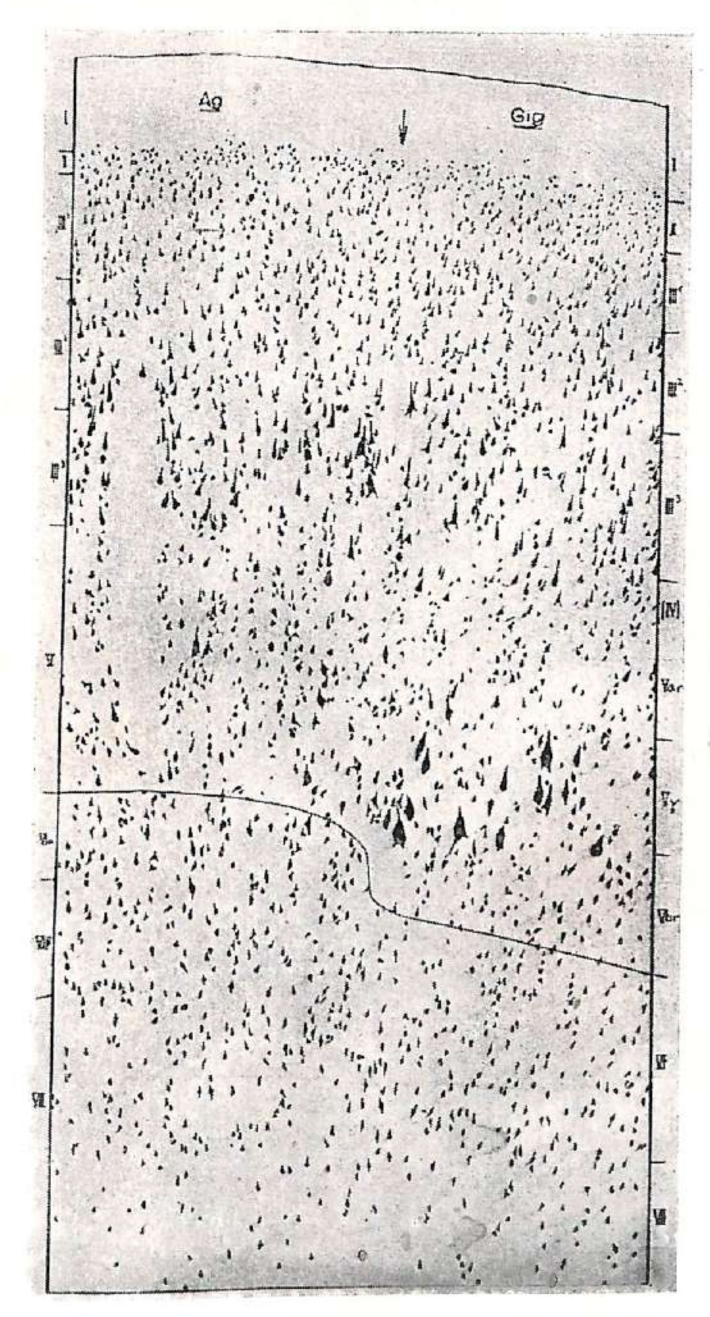


Vista de conjunto de los campos 12, 15, y t. t., en el cerebro 64.

LAMINA Nº 17

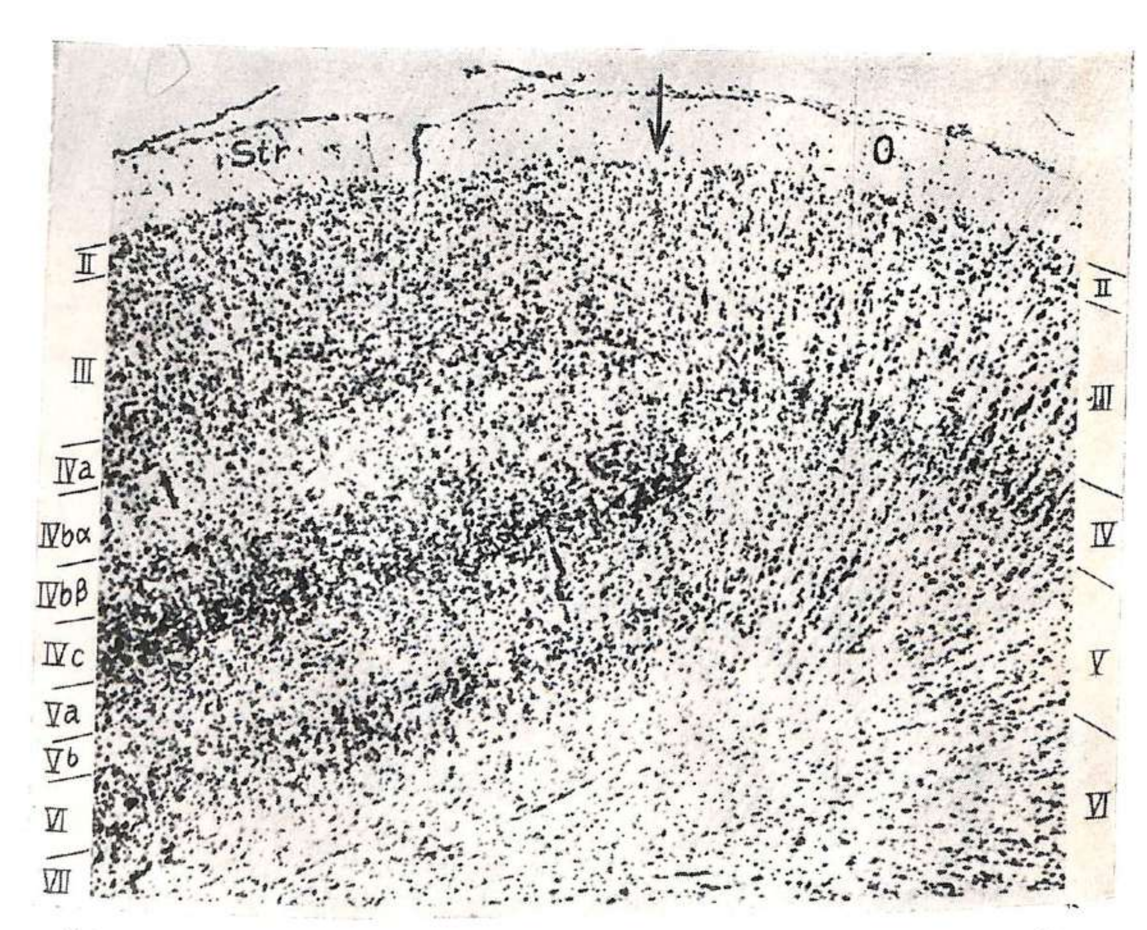


Límite entre los campos Supragranularis (Sg = 69 Vogt) y Eumacropiramidalis (Eup = 70, Vogt) de la zona frontal, según VOGT.

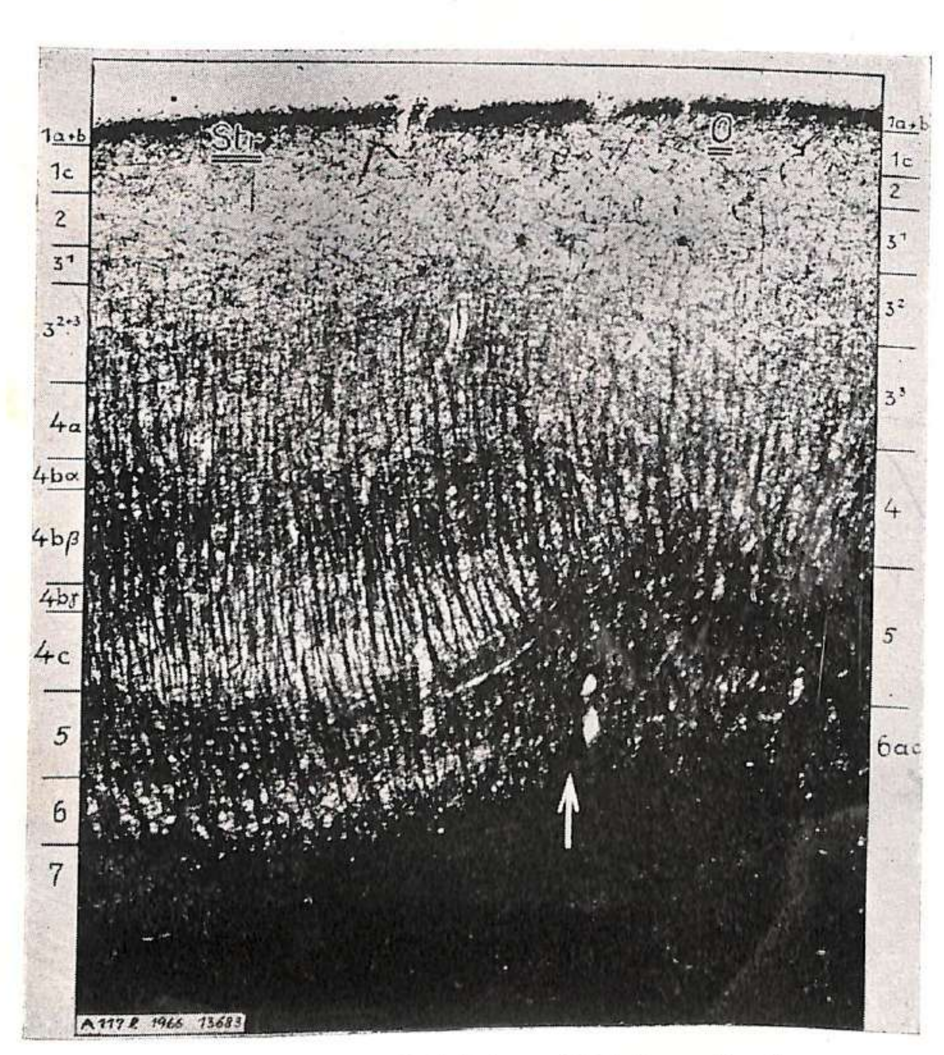


Límite entre las zonas Agranularis (Ag) y Gigantopiramidalis (Gig), según VOGT.

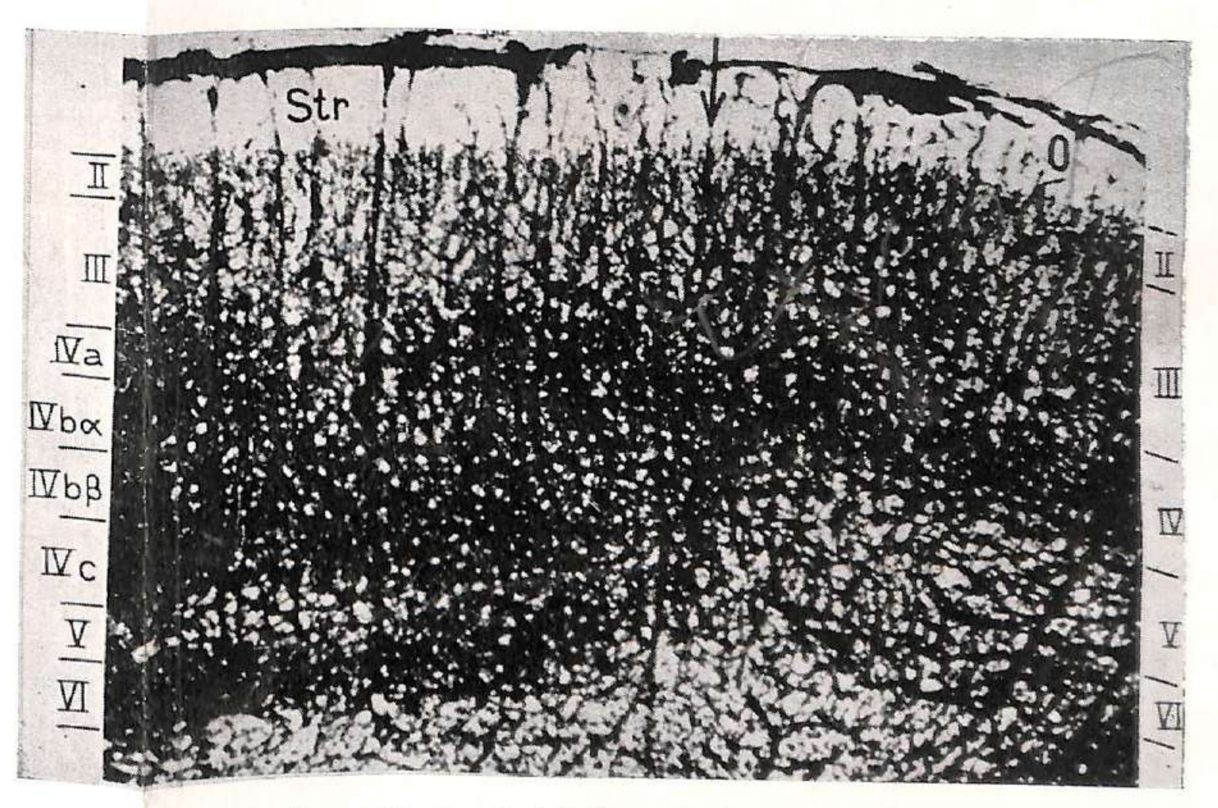
LAMINA Nº 18



Límite citoarquitectural del Area Striata, entre las zonas Str. y O, según VOGT.

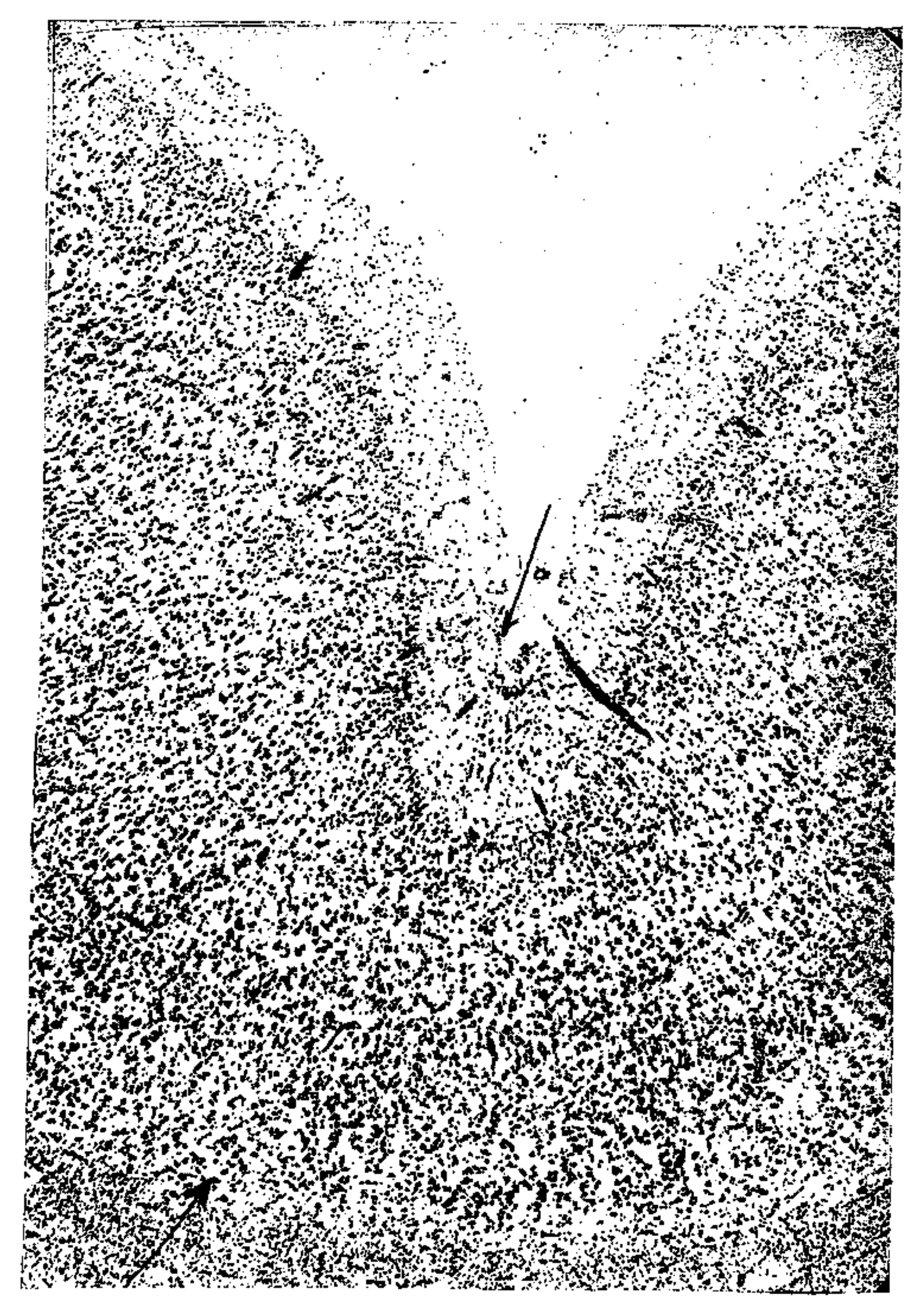


Límite mieloarquitectural del Area Striata, entre las zonas Str. y O, según VOGT.

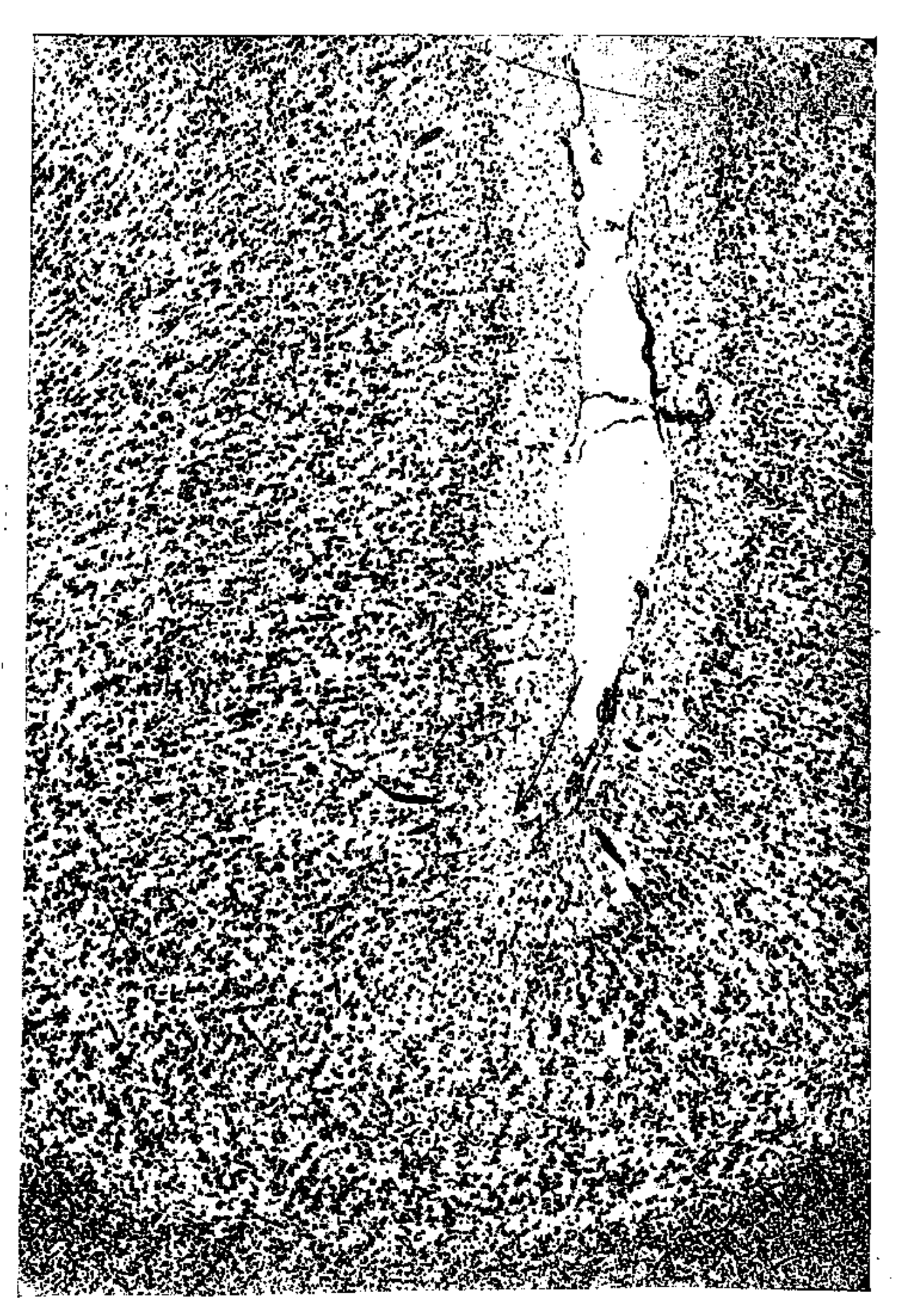


Límite angioarquitectural del Area Striata, entre las zonas Str. y O, según D. BEHEIM.

LAMINA Nº 19

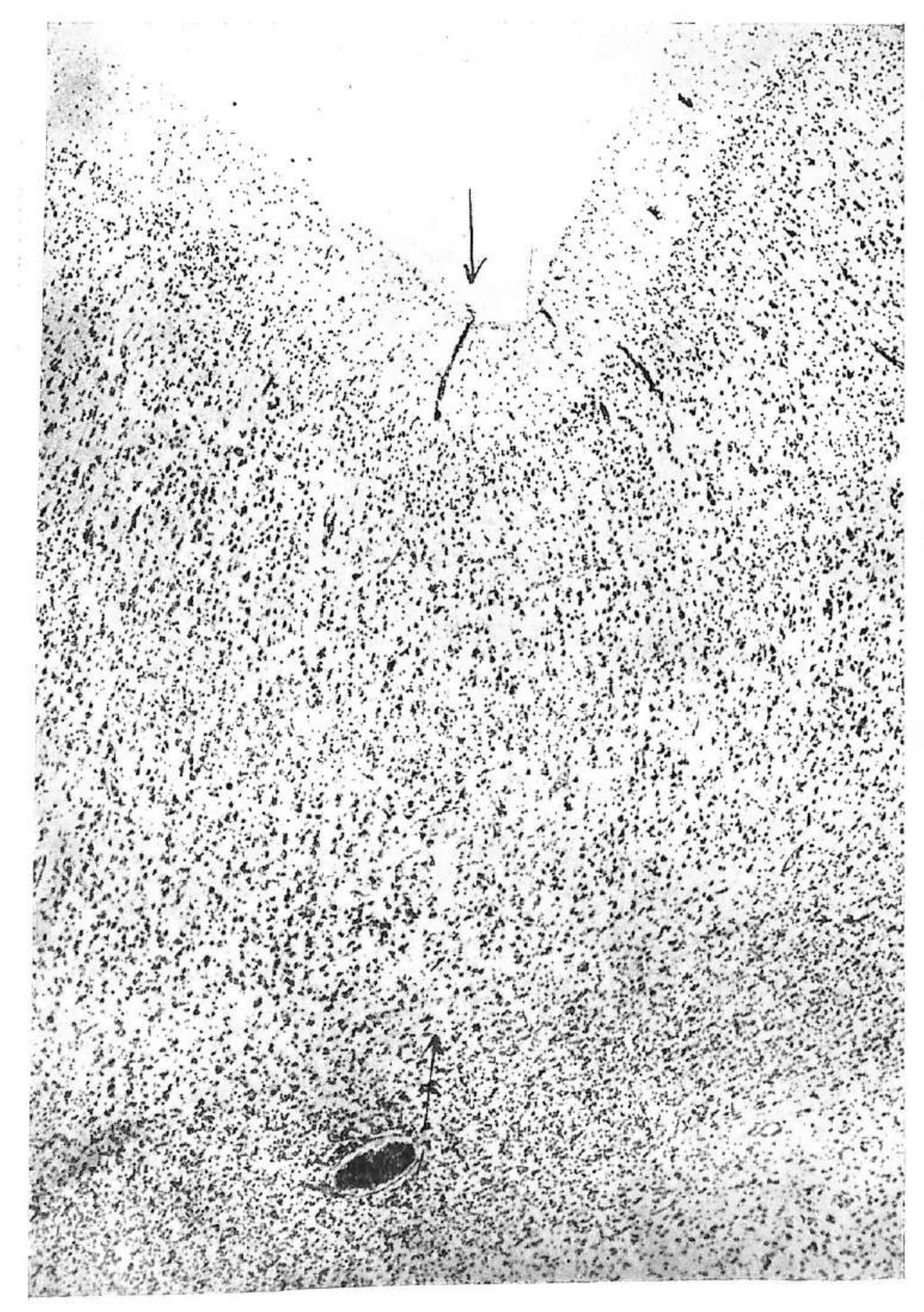


Límite de los campos 1 - 52, del cerebro 64.

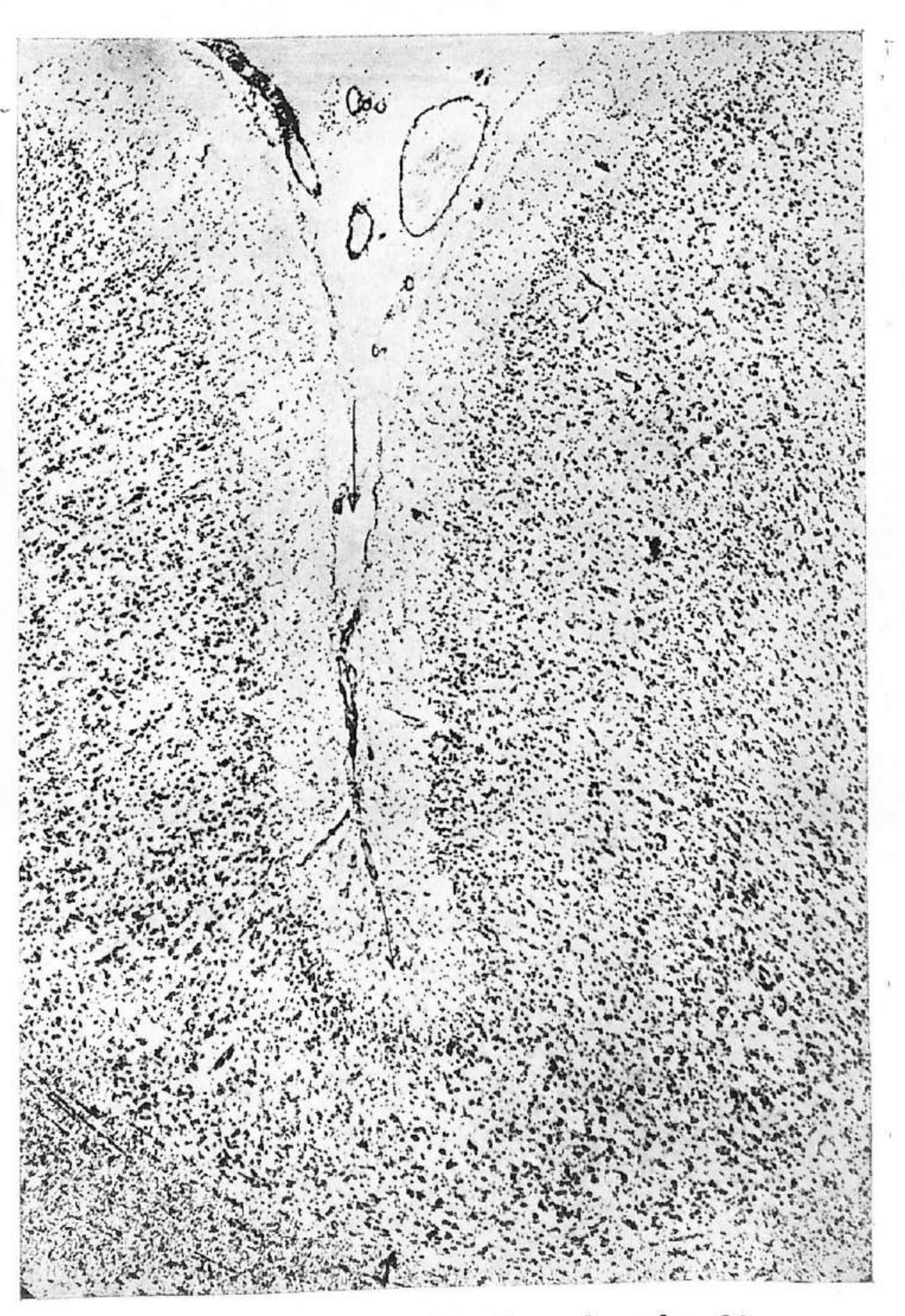


Límite de los campos 52 - 52 a del cerebro 64.

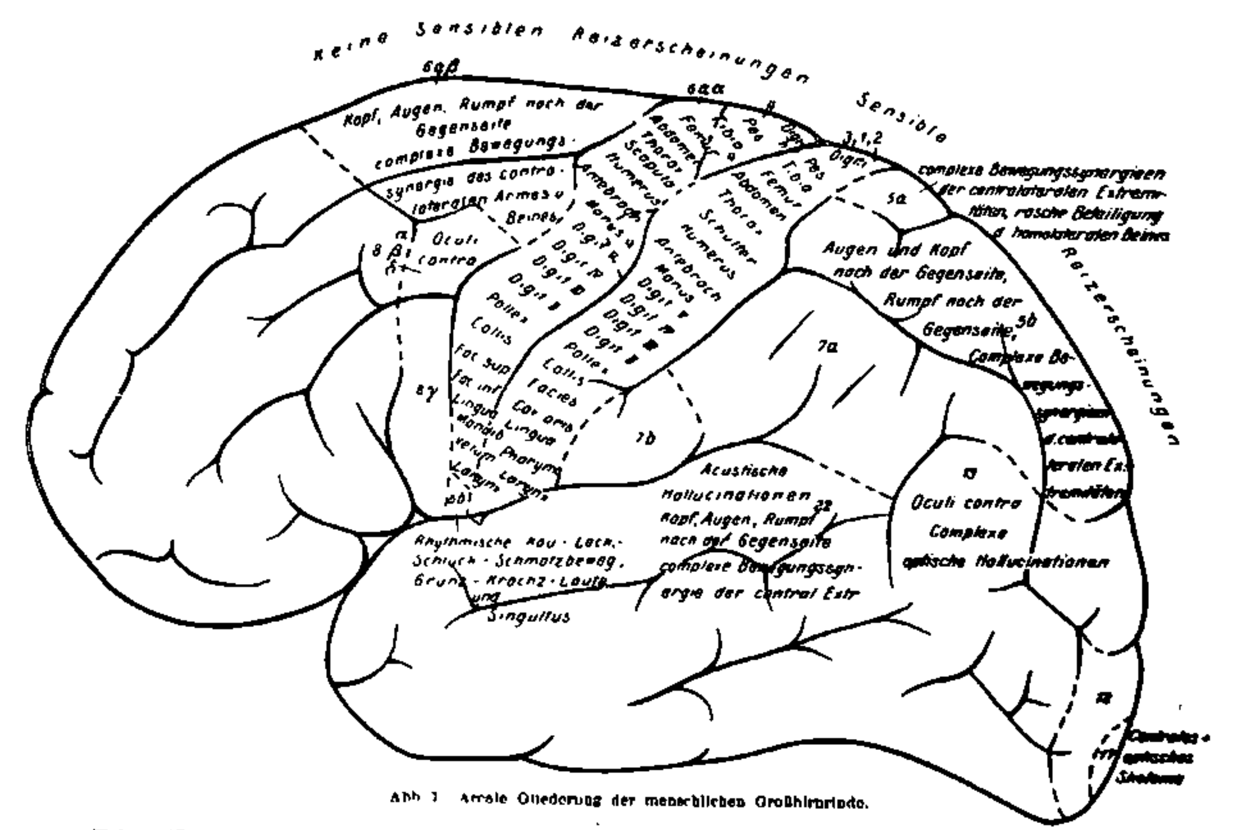
LAMINA N° 20



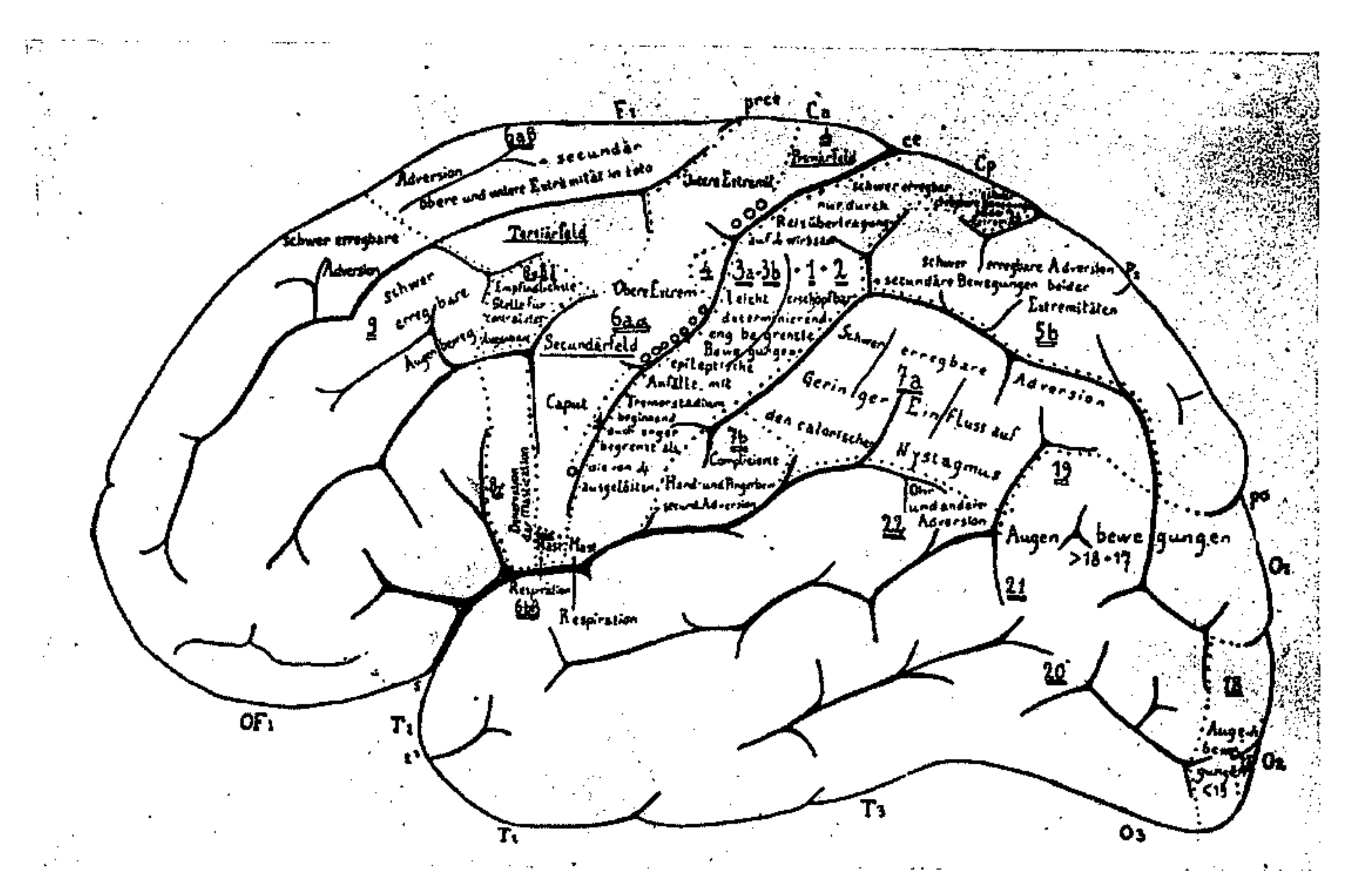
Límite de los campos 52 c - 50, del cerebro 64.



Límite de los campos 50 - 48 en el cerebro 64.

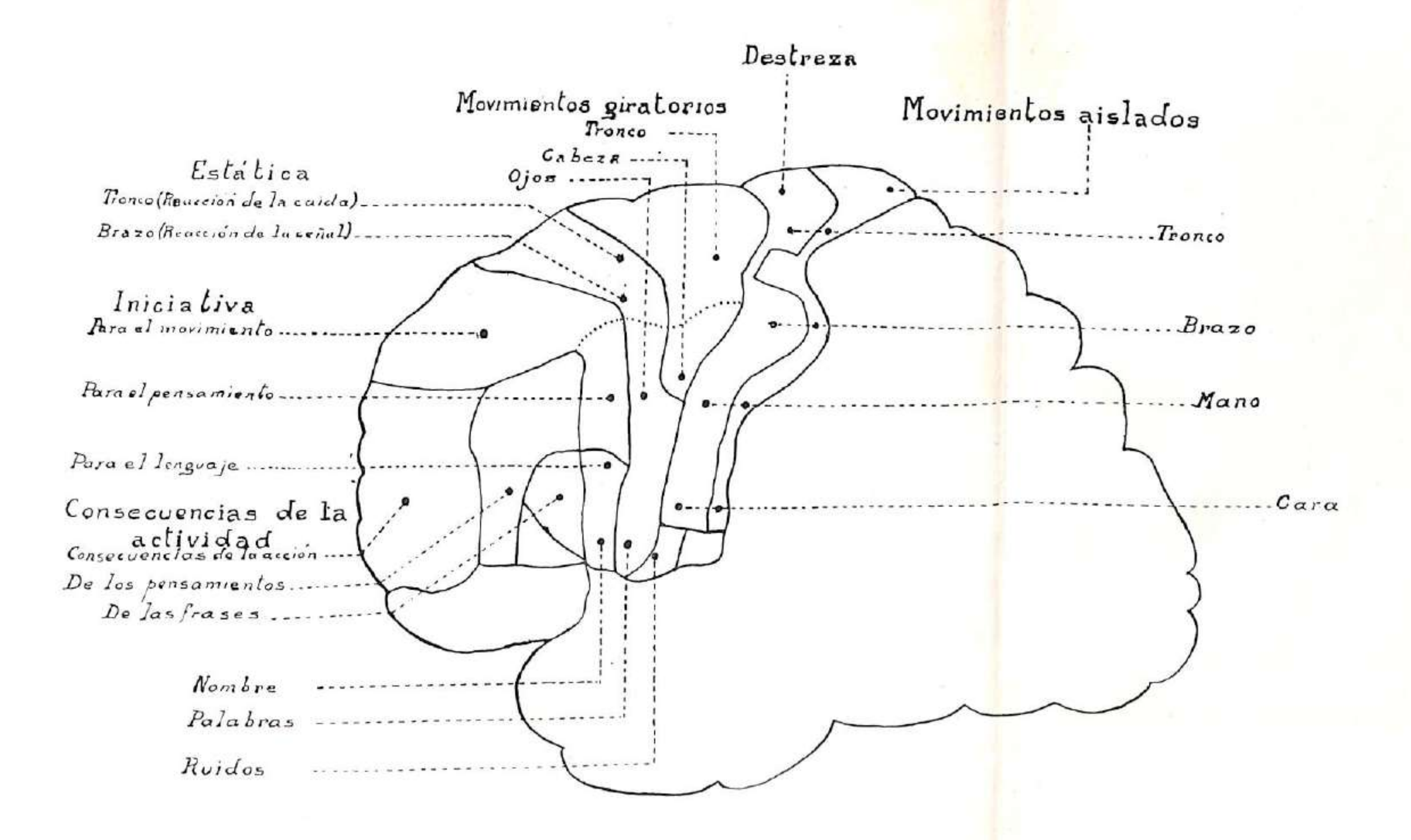


Distribución areal de la corteza cerebral humana, según FOERSTER.



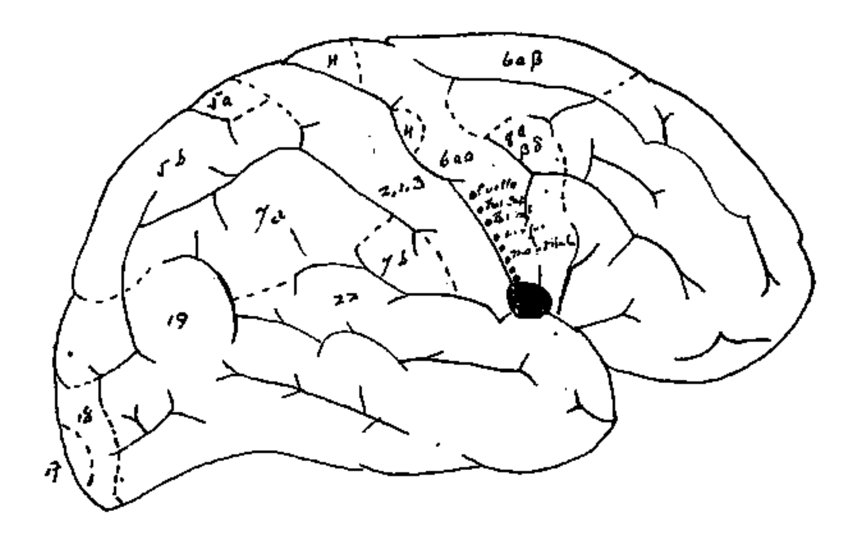
Distribución areal de la corteza cerebral humana, según VOGT.

LAMINA Nº 22

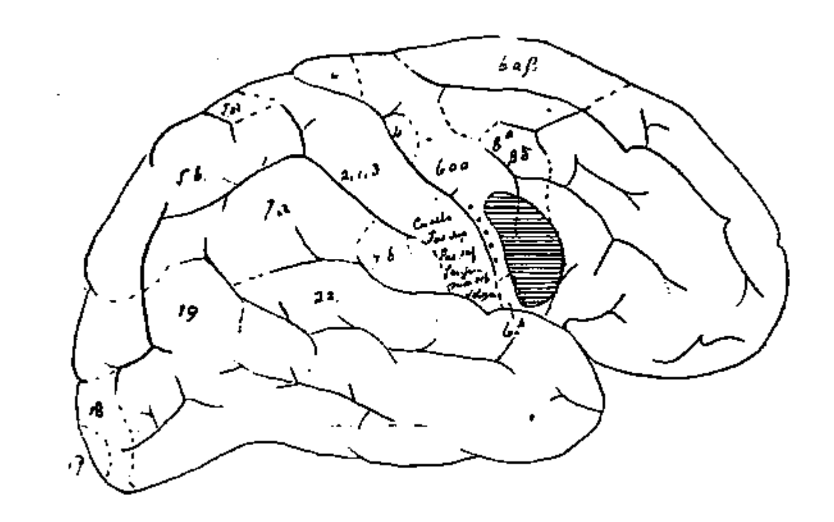


Distribución funcional de la cara externa del lóbulo frontal según KLEIST.

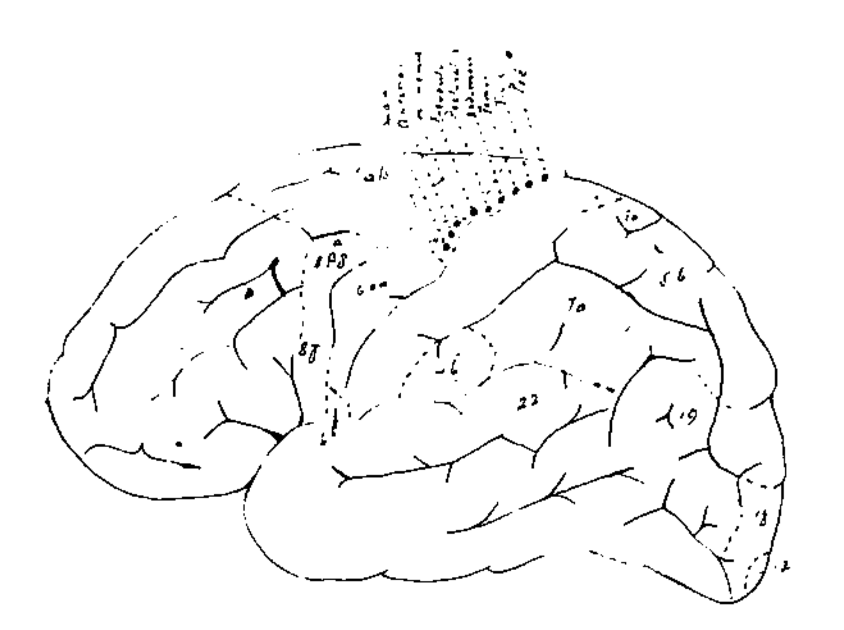
LAMINA Nº 23



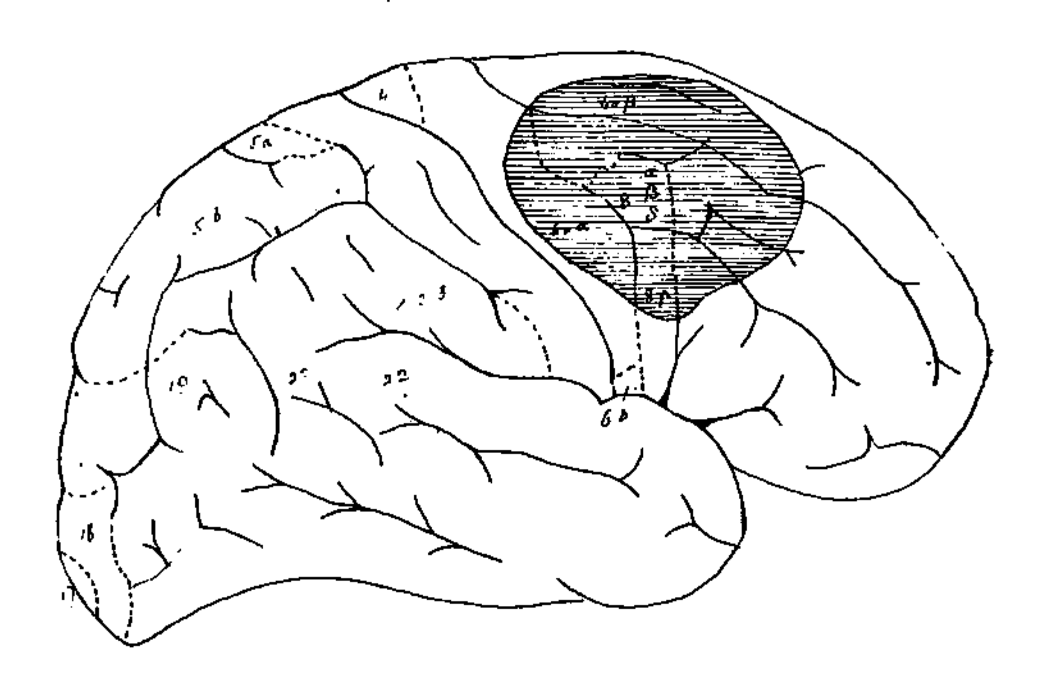
CASO FOERSTER Nº 1.



CASO FOERSTER Nº 2



CASO FOERSTER Nº 3

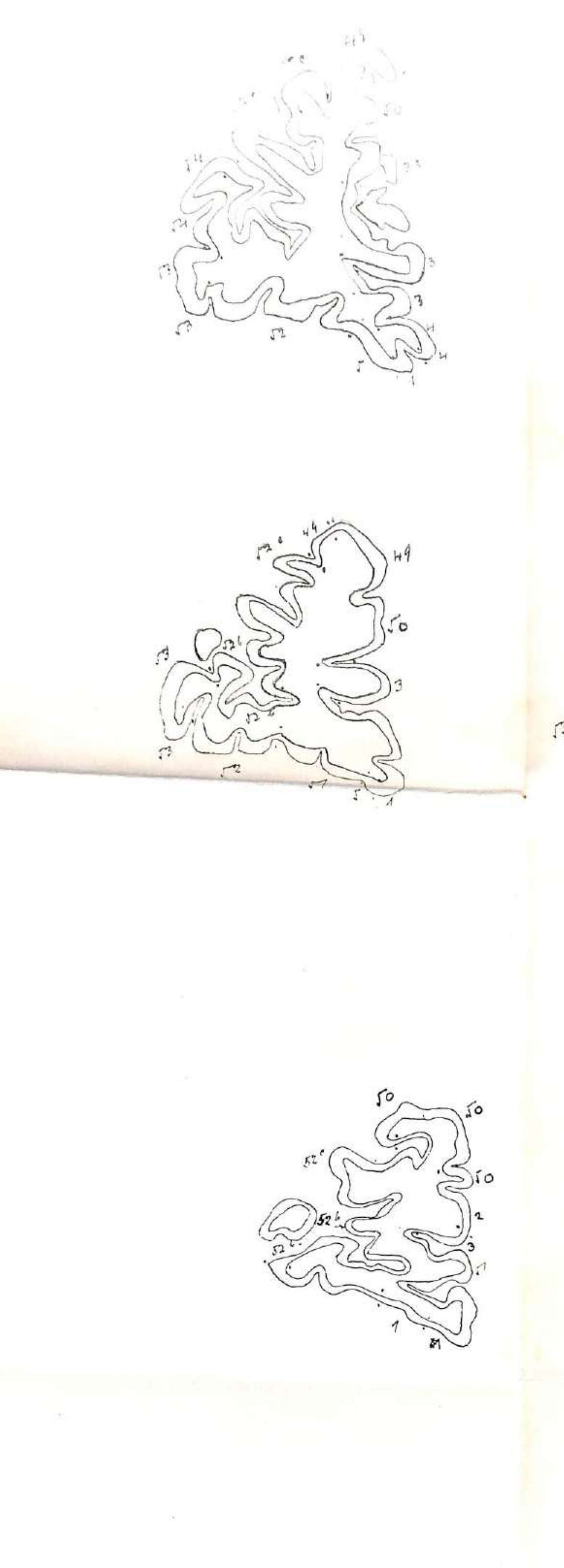


CASO FOERSTER Nº 4

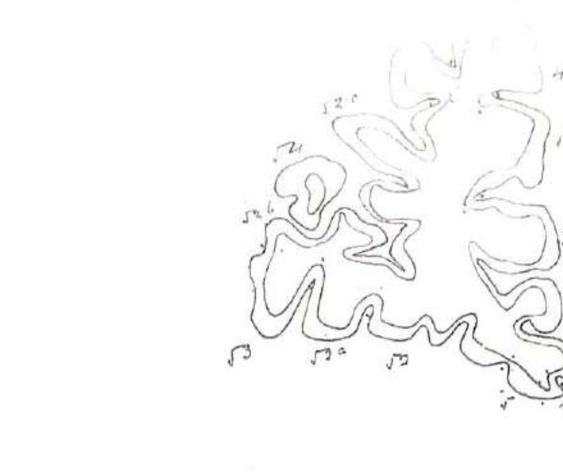
LAMINA N° 24

CEREBRO 64 (1)

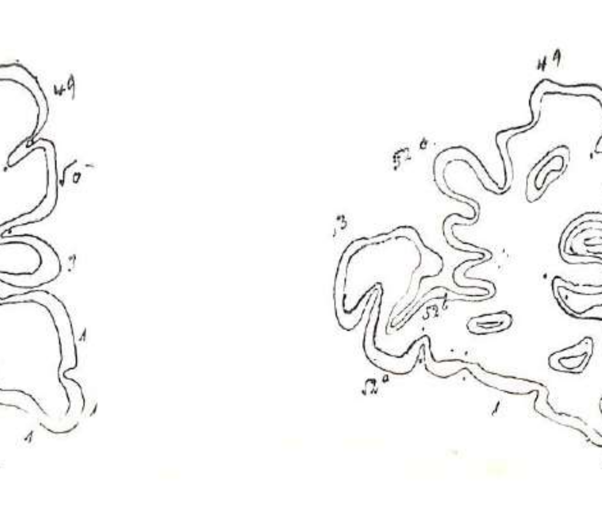
Esquema de los cortes en serie

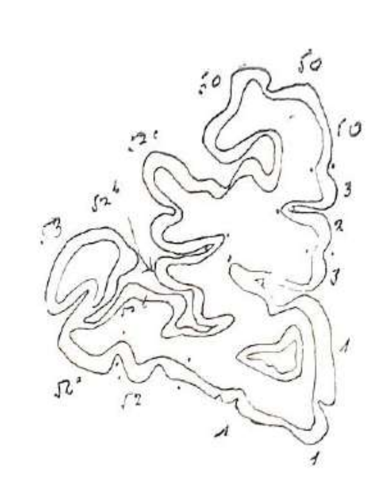


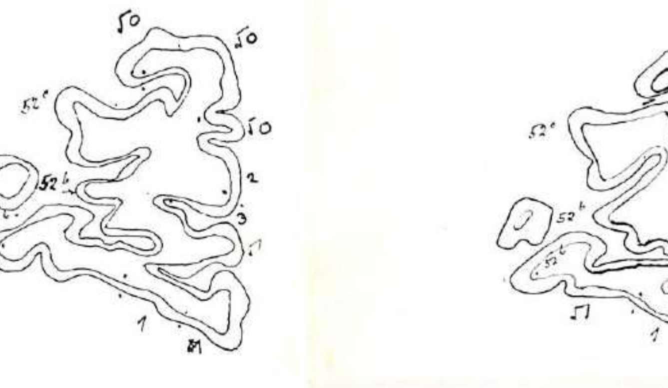


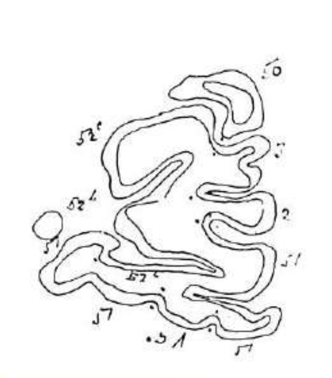








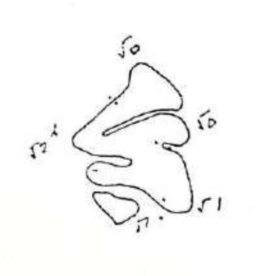








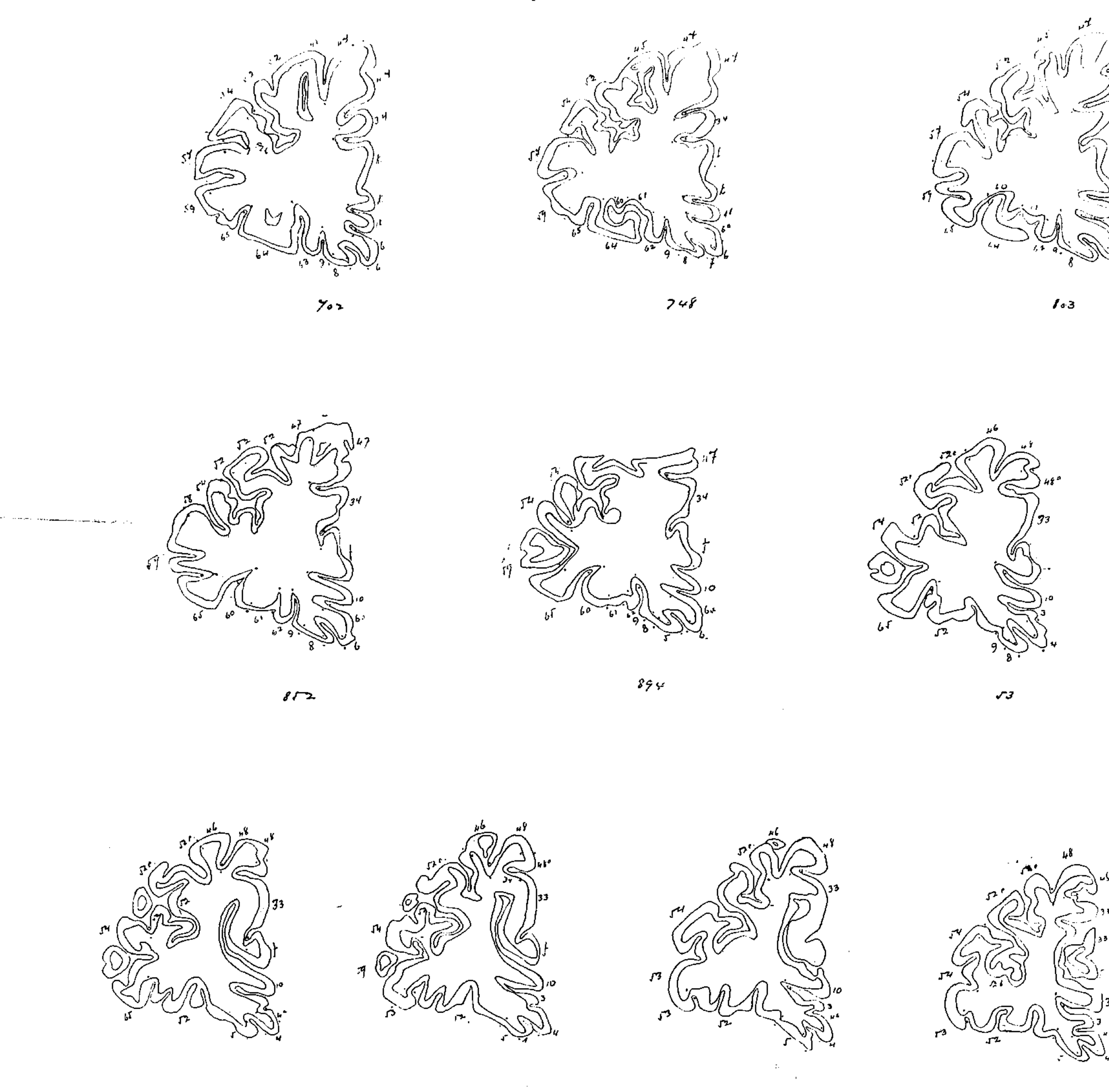




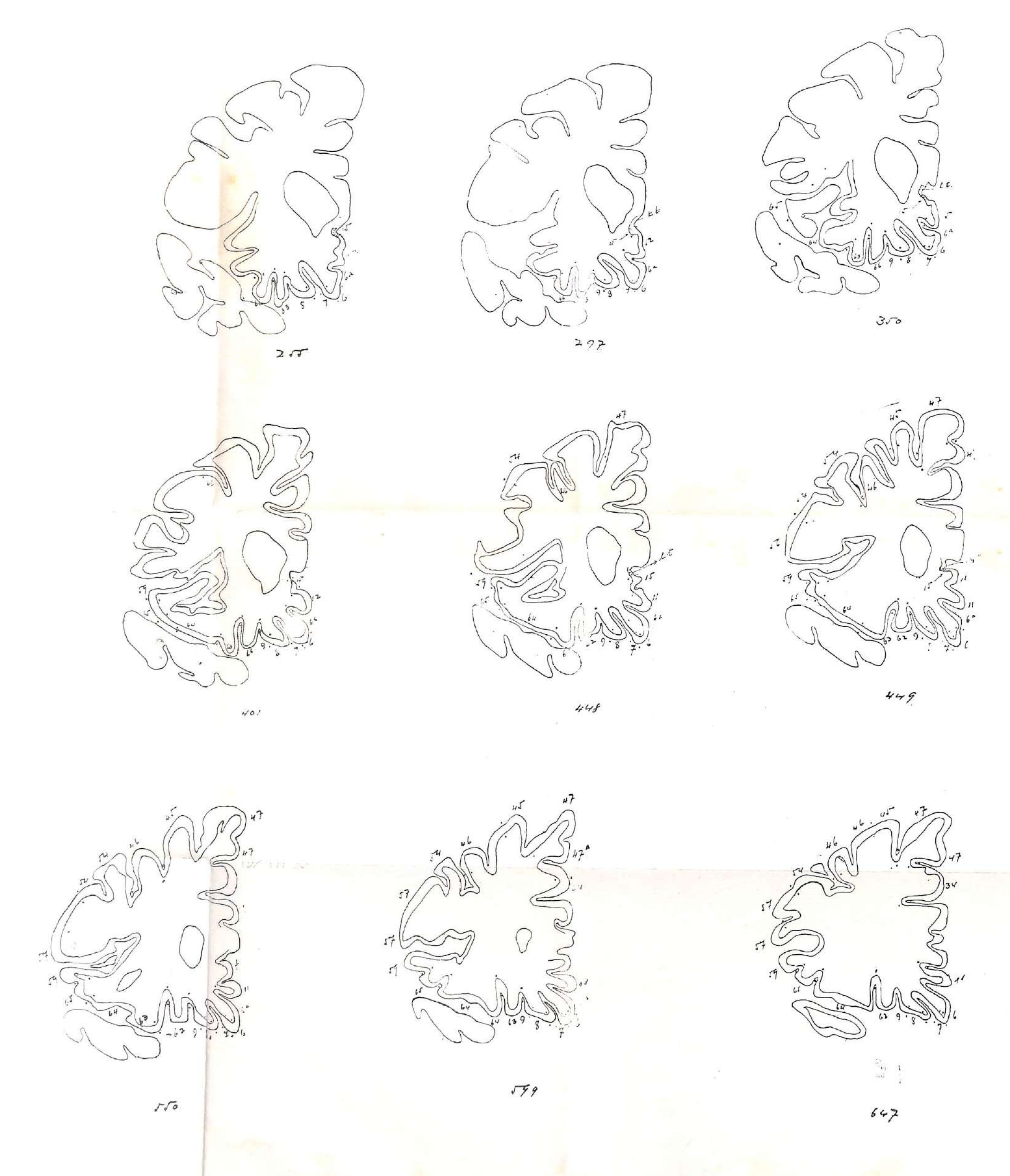




Esquema de los cortes en serie



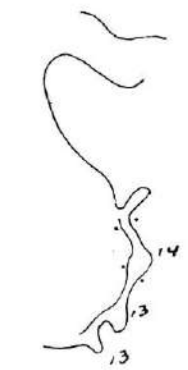
Esquema de los cortes en serie

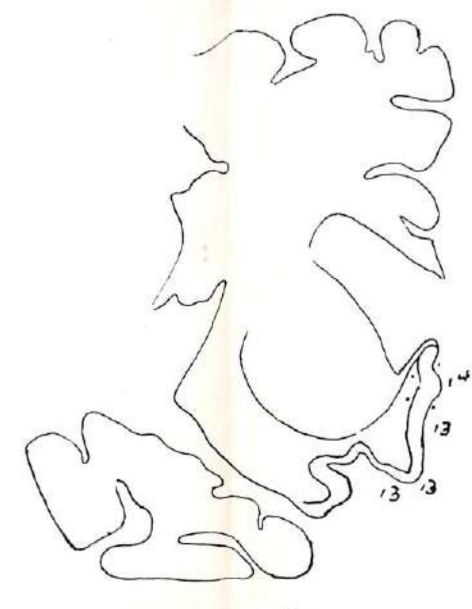


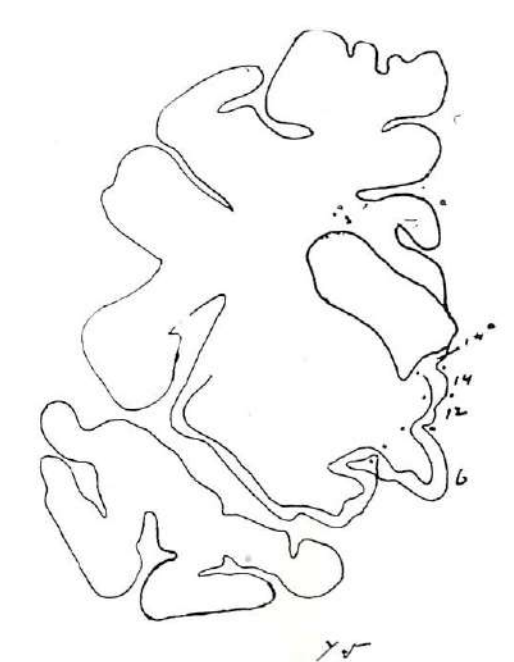
LAMINA Nº 27 **CEREBRO 64 (4)**

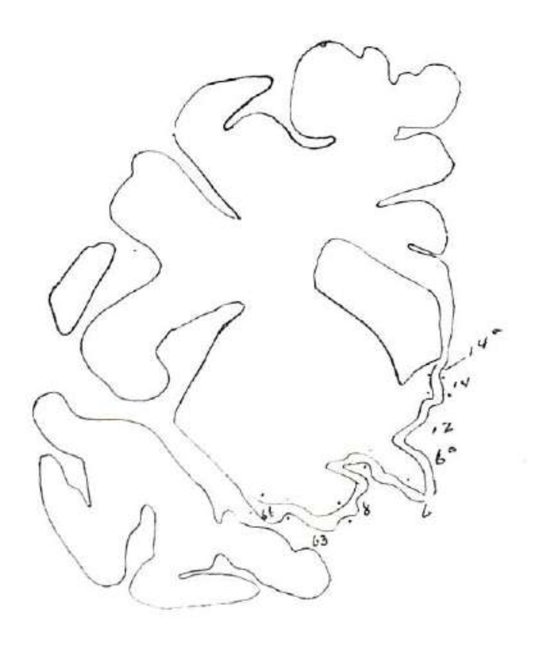
Esquema de los cortes en serie

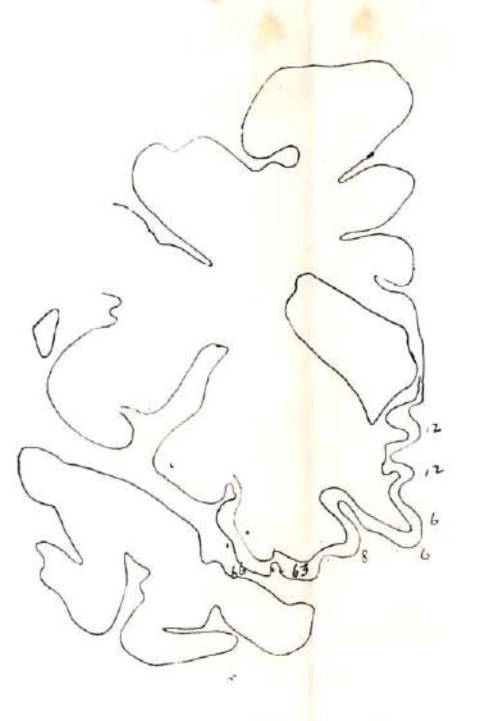


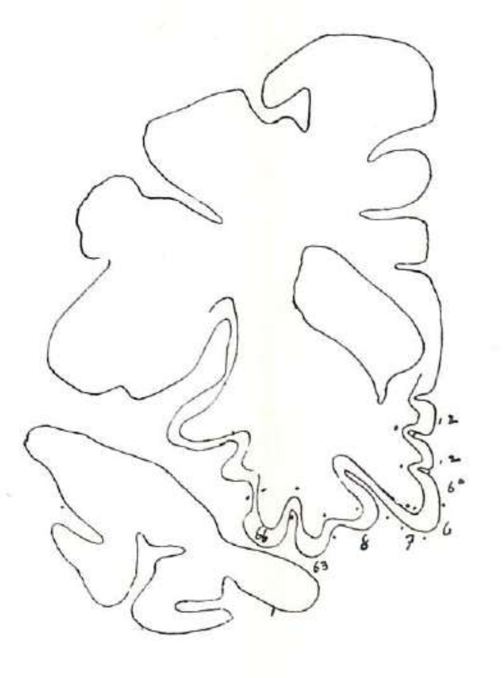




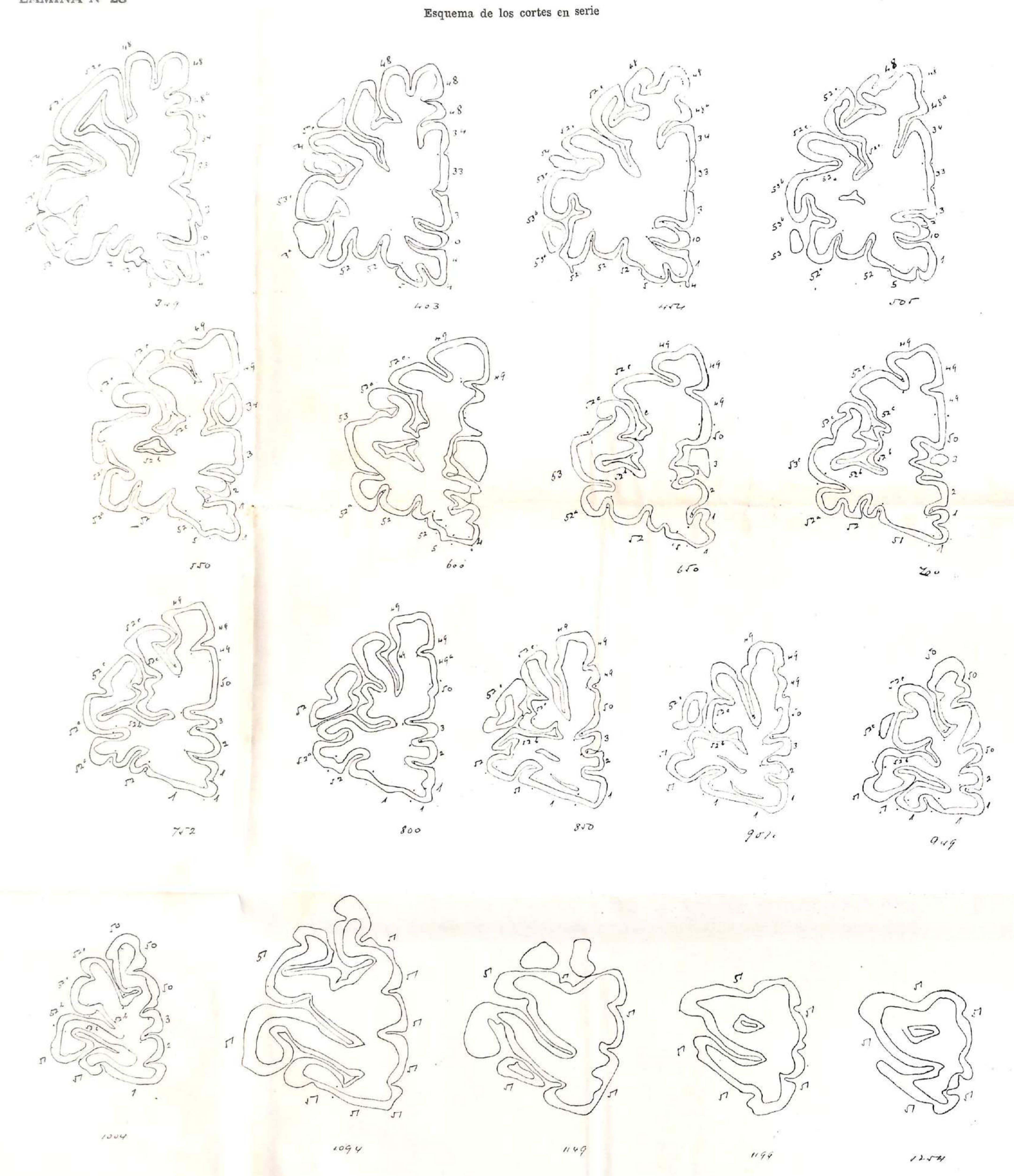




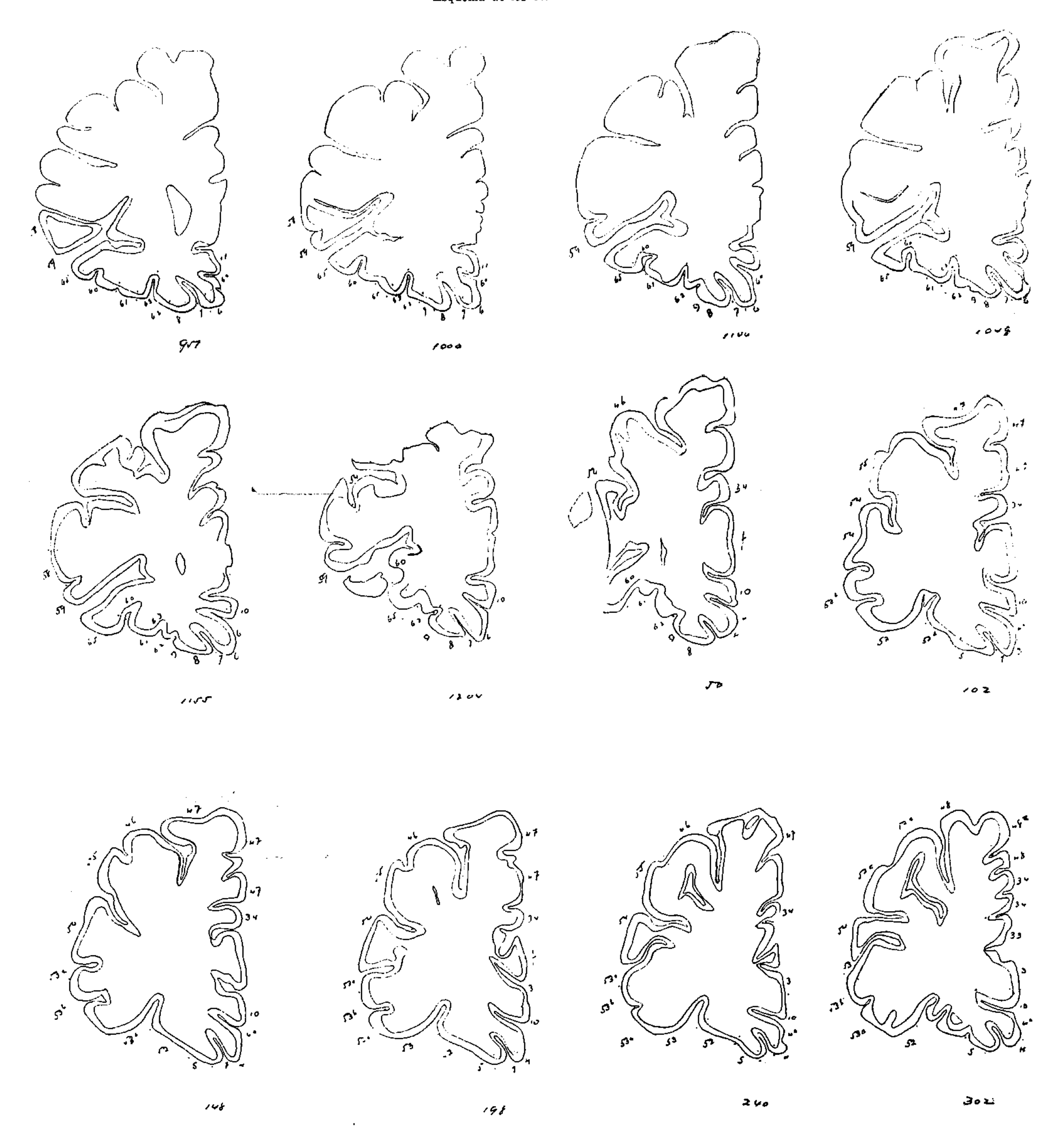




Esquema de los cortes en serie



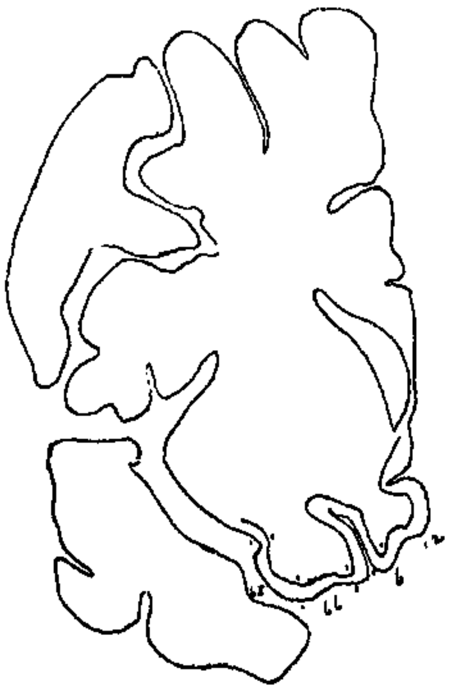
Esquema de los cortes en serie

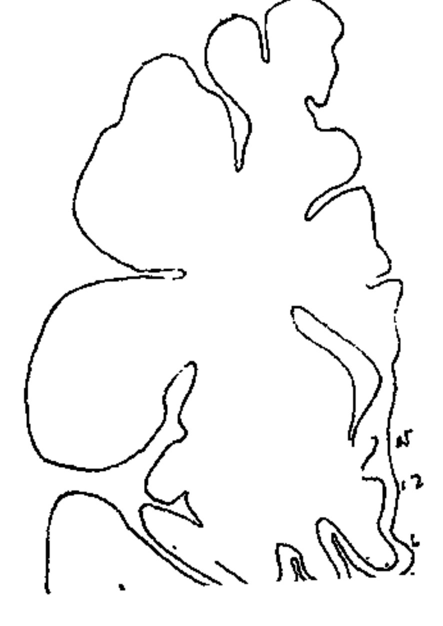


LAMINA N° 30

Esquema de los cortes en serie

CEREBRO 65 (3)

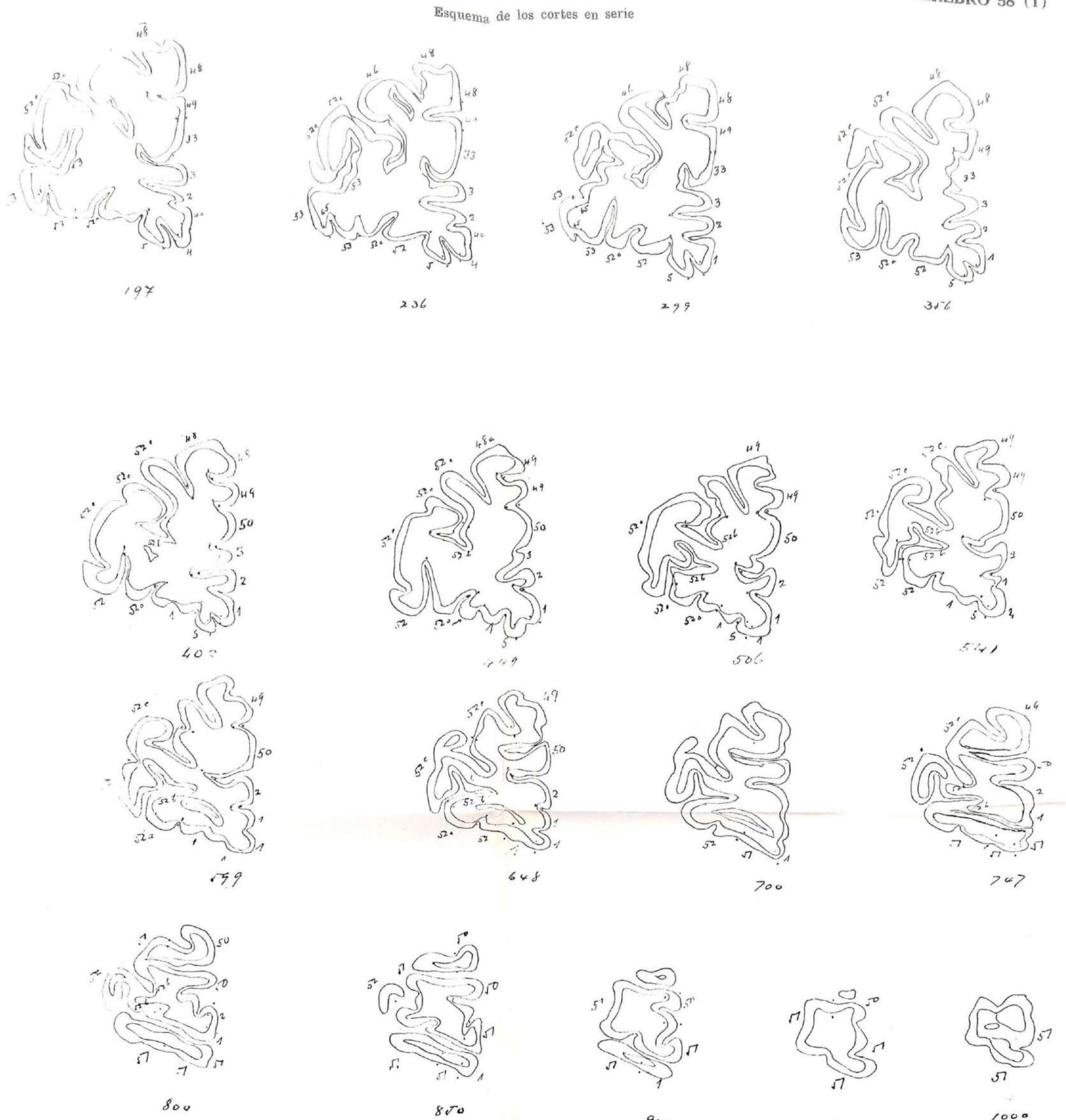




LAMINA N° 31

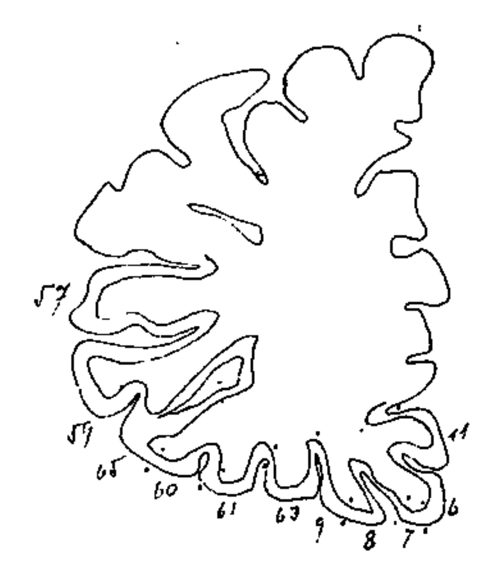
CEREBRO 58 (1)

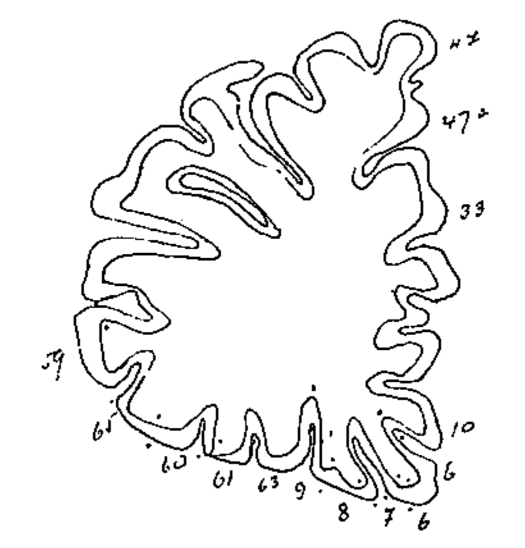
Esquema de los cortes en serie

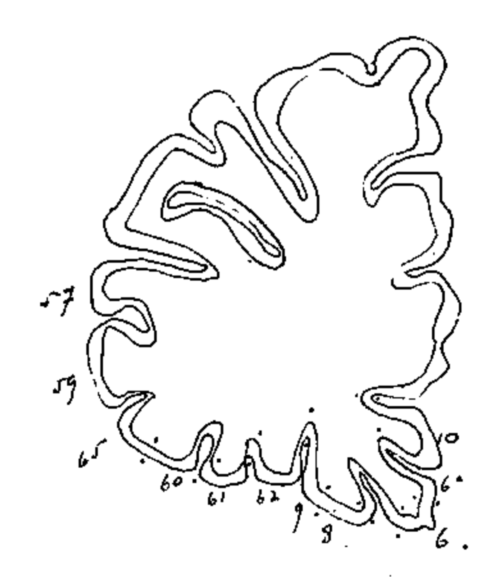


Esquema de los cortes en serie

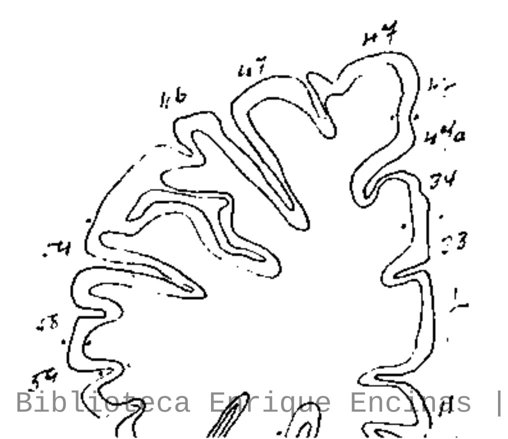


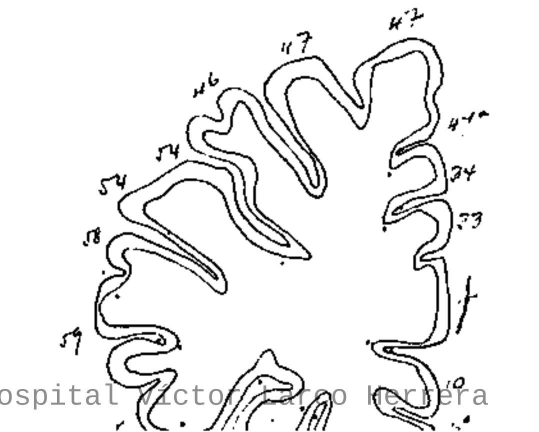


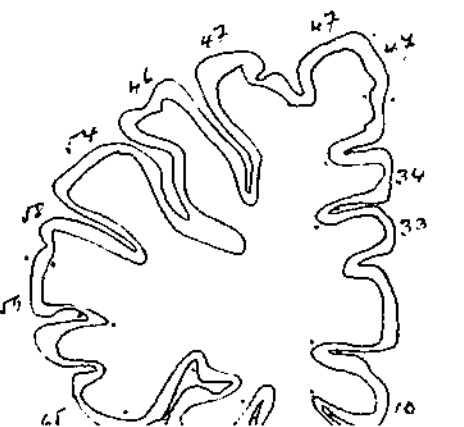


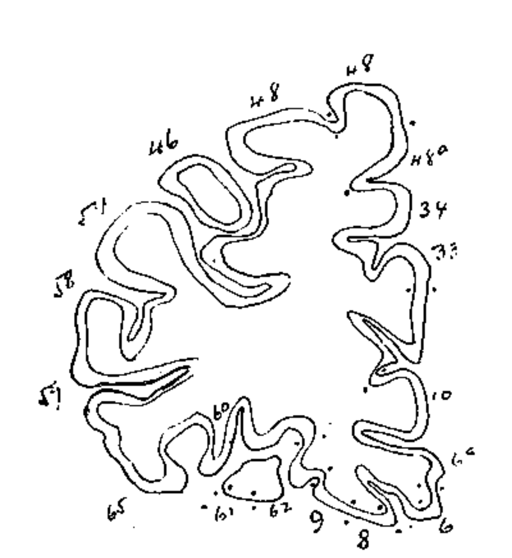


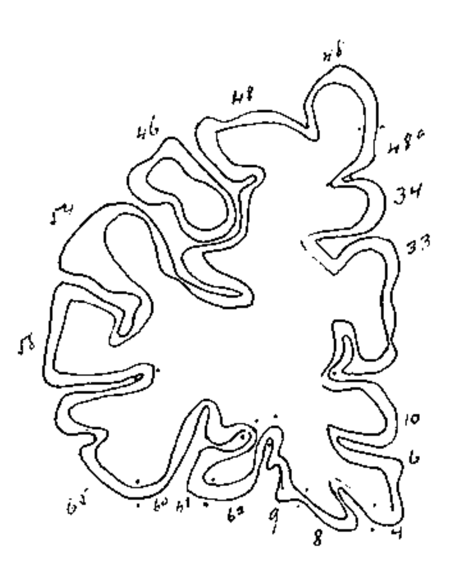


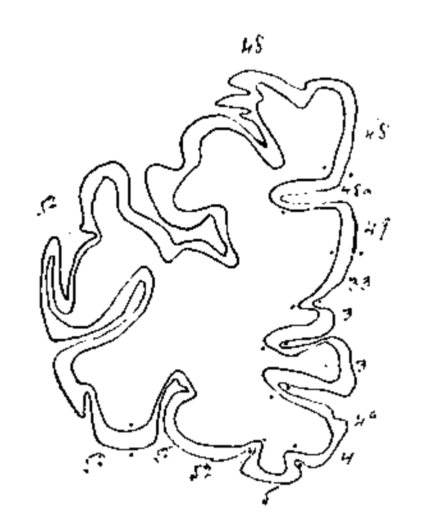








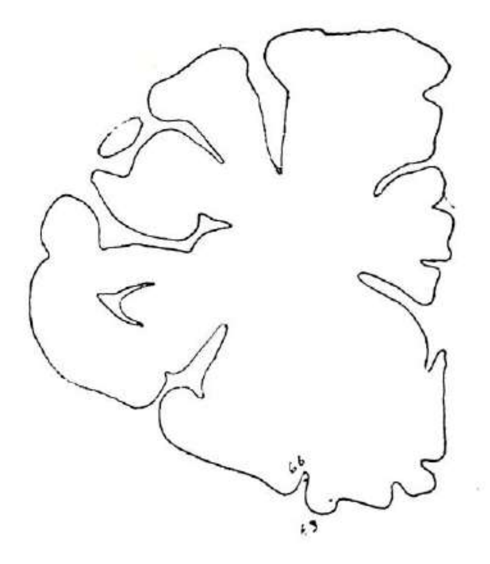


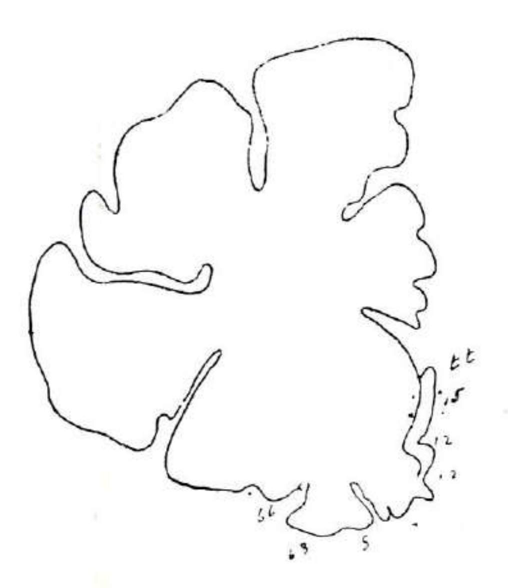




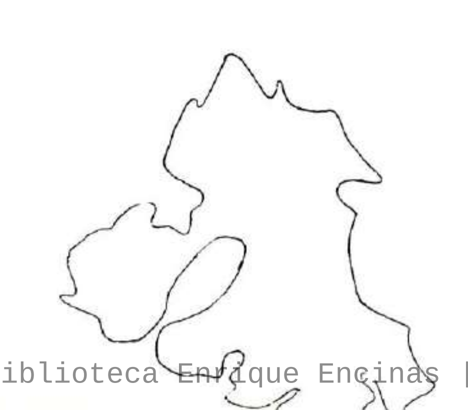
Esquema de los cortes en serie





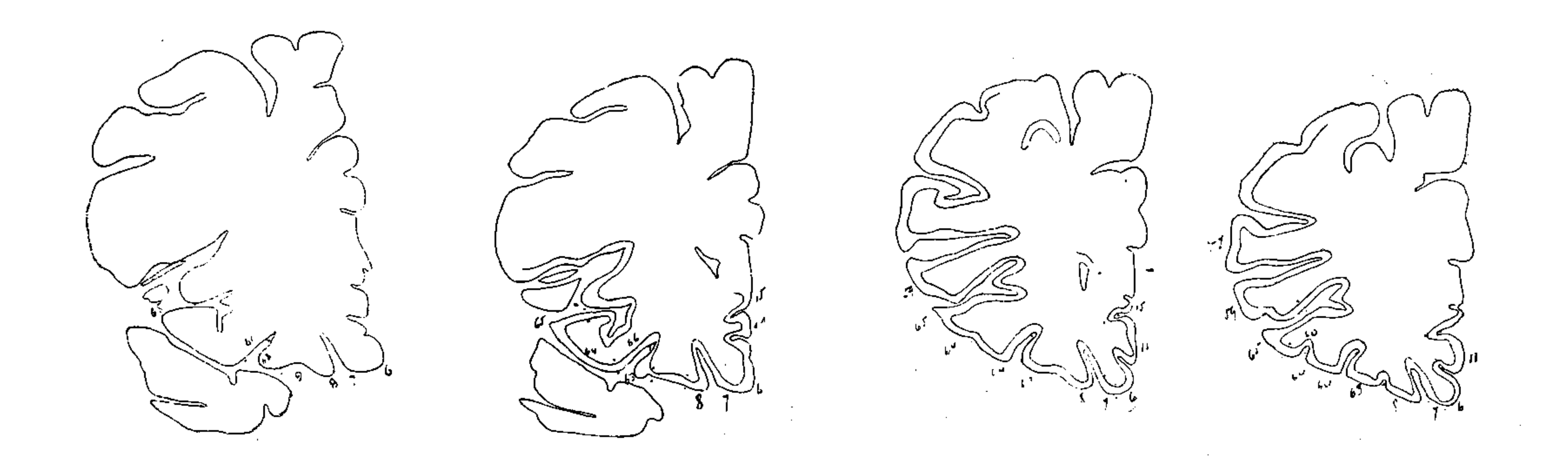












Tratamiento de la Esquizofrenia

por JULIO ENDARA

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

El problema diagnóstico previo.—Sistemática de las observaciones.

Por JULIO ENDARA

Profesor de Clínica Psiquiátrica y Neurológica en la Universidad Central del Ecuador (Quito).—Director del Instituto de Criminología

Pese a los halagadores resultados obtenidos universalmente con la aplicación de los modernos tratamientos de la esquizofrenia — entre los cuales ocupan lugar preferente la insulinoterapia de Sakel y la terapia convulsivante de von Meduna, — puede afirmarse que el panorama psiquiátrico se presenta en la hora actual con una apariencia de desconcierto y desazón. Paradoja impresionante, que hace su aparición siempre que las innovaciones científicas llegan con una pujanza capaz de conmover los postulados vigentes en una época. Por eso representan una revolución y, pasados los primeros momentos, se hace indispensable tentar cierta ordenación que permita comprender y utilizar los hechos con mayor serenidad, al par que contener los excesos y exageraciones.

La moderna terapéutica de la esquizofrenia—que en realidad va camino de convertirse en una nueva terapia de las psicosis y neurosis —, por lo mismo que va obteniendo éxitos alentadores, obliga a una revisión de los conceptos etiológicos, patogénicos, nosográfi-

cos, etc., que la vamos a sistentizar en este relato. Y como consecuencia de ello, veremos que los hechos objeto del mismo requieren una cierta ordenación de procedimiento: lo que podríamos llamar una metodología de la observación clínica.

I.—El Problema Diagnóstico.

La esquizofrenia es una entidad nosológica definida, un sindrome, o un tipo clínico? Más de cuarenta años han transcurrido desde que Kraepelin reuniera variados tipos clínicos bajo la denominación de Demencia Precoz, y van para treinta que Bleuler, con un más detenido examen clínico y psicopatológico, propuso la palabra Esquizofrenia para exaltar con mayor fuerza lo que creyera el núcleo del trastorno. De entonces acá ha transcurrido mucho tiempo y no obstante estamos aún lejos de un acuerdo definitivo. Hay actitudes extremistas y posiciones conciliadoras. Para unos es necesario separar de las verdaderas esquizofrenias la paranoia, las parafrenias, etc.; para otros, se podría incluír en ellas no sólo ciertas constituciones psicopáticas sino aun ciertas neurosis. Por fin, los eclécticos han tratado de distiguir entre esquizofrenia proceso—activo e inactivo—, esquizofrenia reacción y esquizofrenia complicada, como criterio fundamental para el pronóstico y el tratamiento. Y, sin embargo, resulta que aun para Berze y sus continuadores no es posible, pese a su loable empeño por distinguir lo típico del sindrome procesal y del postprocesal, no aparece claro que la esquizofrenia sea una verdadera entidad nosológica. "La psicosis que conocemos con el nombre de esquizofrenia, dice Honorio Delgado, no es sólo un síndrome, en el sentido de reunión de síntomas correlacionados y nada más, ya que los síntomas de la esquizofrenia — **o síndrome esquizofrénico** — pueden presentarse en cuadros clínicos que no son la esquizofrenia, como precisaremos después. Tampoco es una entidad nosológica en el sentido preciso del término, pues carece de los caracteres de una enfermedad orgánica con unidad demostrada, con etiología y anatomía patológica propias". Y después de referirse a la inconsistencia de los datos proporcionados por la genética, agre-

ga: "Si la esquizofrenia no es ni un síndrome, ni una entidad nosológica, sólo puede considerarse como un tipo clínico, designación muy acertada de Kurt Schneider, que no define. Entendemos por tal no un mero conglomerado de cuadros clínicos inubicables dentro de otros casilleros de la sistemática psiquiátrica, como lo que se diagnosticaba con el nombre de "paranoia" hace medio siglo, según pretende Hoche que es hoy la esquizofrenia, sino la unidad ideal determinada por una serie de requisitos, de valor diferente, que se presentan reunidos como constelación variable en la realidad individual concreta, pero constante por lo común de la estructura de conjunto. Los requisitos son los síntomas que hemos definido, con su jerarquía y el hecho de surgir la psicosis de una manera abrupta, como algo nuevo y fundamentalmente incomprensible—esto es, como un proceso en el sentido de Jaspers—y no como algo inteligible, como consecuencia psicológica de la estructura de la personalidad premórbida y de la situación del individuo en que se manifiesta. La mentalidad del sujeto, por obra de la psicosis, es otra—ha cambiado fundamentalmente. La circunstancia de que la inteligencia se conserve virtualmente intacta no implica que el esquizofrénico sea un hombre normal con síntomas psíquicos que entorpecen el ejercicio de su normalidad—es otro hombre—hombre esquizofrénico" (1). Hemos trascripto esta larga cita del colega peruano porque en verdad ella contiene los elementos fundamentales que nos permiten ubicar con cierta lógica a la esquizofrenia dentro de los cuadros psiquiátricos. Este criterio, por lo demás, se acepta en nuestros días con acuerdo casi unánime. Hay, desde luego, diferencias en la apreciación clínica pero la conclusión siempre viene a ser la misma, como puede verse en esta opinión de Ey y Bonnafoux-Sérieux, que la formula después de un amplio y bien fundamentado estudio clínico: La demencia precoz no es una "enfermedad". Se ha agrupado bajo este nombre estados discordantes que tienden a la disgregación más o menos completa de la actividad psíquica. Lo que se ha denominado formas de la enfermedad son niveles típicos en los cuales puede detenerse esta disolución, bajo la influencia de múltiples factores etiológicos. (2). También Baruk niega que la esquizofrenia sea una entidad nosológica o un síndrome. (3).

En efecto, el cuadro esquizofrénico, por su complejidad estructural y por sus frecuentes anticipos heredobiológicos, excede los límites generalmente sencillos que caracterizan al sindrome; bastaría recordar la muy apreciable variedad de formas clínicas, razón por la cual está muy lejos de comportarse como un sindrome típico—el Profesor Gonzalo Bosch, que considera a la esquizofrenia como un sindrome constitucional, reconoce sin embargo que la forma simple no responde al sindrome esquizofrénico (4). Asimismo, la variedad de antecedentes etiopatogénicos, su carencia de anatomía patológica bien definida y por fin—acaso lo más importante—su reversibilidad frente a la terapia inespecífica, la alejan de las condiciones rígidas que poseen las entidades nosológicas.

Es sabido que los resultados de la genética aún son demasiado inciertos para asimilar la esquizofrenia a las verdaderas entidades nosológicas. Hace poco W. Boven (5), en su rapport al Congreso de Médicos Alienistas y Neurólogos de lengua francesa, demostró cuán inconsistentes resultan las investigaciones heredobiológicas en lo que se refiere al problema de la esquizofrenia y al de las psicosis en general. Insistía más bien en que antes que dar una importancia exagerada al pronóstico que se quiere fundamentar sobre las investigaciones de lo heredado, se debía perfeccionar el diagnóstico por una discriminación clínica más sutil. Y recordaba: la especificidad de la psicosis se elabora por el mecanismo de lo individual; todos los materiales, filones hereditarios, genes de las líneas bilaterales, sufren una fusión, un reagrupamiento, que es una especie de mutación de cada ser. Guardémonos de inferir muy estrechamente del "medio" al "producto".

Por lo que hace a las conclusiones de la anatomía patológica, recordaremos dos estudios recientes. Elvidge y Reed (6), del Canadá, señalan modificaciones de la oligodendroglia en muchos procesos crónicos de esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva, todos mayores de un año. Pero también las observaron en epilépticos. Las atribuyen, o más bien las señalan como asociadas con disturbios masivos de las fibras asociativas y commisurales del cerebro que, a semejanza de lo que ocurre en otros estados, podrían ser determinadas por causas tóxicas o metabólicas. Estas modificaciones histopa-

tológicas, se ve claro, carecen de un verdadero carácter específico, como que no están correlacionadas con determinados trastornos mentales. Y en cuanto a su valor como lesiones, no importan mayor significación, pues es sabido que las modificaciones de la oligodendroglia son perfectamente reversibles. Por su parte Jakob y Pedace (7), al mismo tiempo que recuerdan la frecuencia con que aparecen pequeños focos lacunares corticales, donde sucesivamente desaparecen grupos de células (enanos, granos) y finalmente también mayores, afirman, con su gran autoridad: una histopatología asegurada y fisiogenéticamente satisfactoria de la Demencia Precoz no existe ni puede esperarse dado las claudicaciones de la clínica.

Hemos recordado estas dos investigaciones para reafirmar el criterio anteriormente citado: desde que la esquizofrenia no constituye una verdadera entidad nosológica, mal podemos esperar que se describan lesiones anatomopatológicas específicas.

Descartada la posibilidad de encontrar en las esquizofrenias lesiones características, por lo mismo que se trata de un tipo clínico y no de sólo un sindrome y menos de una entidad nosológica, veamos si el problema se aclara al considerar su aspecto etiológico y fisiopatológico.

En lo que se relaciona con los factores hereditarios, ya hemos recordado de paso que los estudios sobre la herencia no logran explicar su aparición. Por otro lado, sabemos que la esquizofrenia, aunque no es sólo un sindrome, reviste la forma de un proceso. Pero su sintomatología delínea un cuadro casi autónomo — y entonces se habla de verdadera esquizofrenia—**endógena, esencial, genuina** (ver Delgado, loc. cit.), o se injerta en diversos cuadros clínicos: entonces se denominan psicosis sintomáticas y en ellas aparece más o menos claro el antecedente etiológico: infecciones, intoxicaciones—**reacción somatógena esquizomorfa** de Delgado. Igualmente, integra también ciertos cuadros neurósicos en los cuales está claro el antecedente psicógeno. Es necesario recalcar, además, que la esquizofrenia sintomática aparece por lo general en individuos carentes de sospecha hereditaria y cuya personalidad premórbida a todas luces no podía considerarse como psicopática.

De lo que antecede, resumido acaso con exceso de brevedad, se desprende un hecho sustancial: hay una diversidad de causas capaces de determinar la aparición de psicosis de carácter esquizofrénico. Y siendo varias, es lógico que la anatomía patológica no sea unívoca y menos aún específica. Diversos investigadores que han estudiado las modificaciones orgánicas que es posible encontrar en la esquizofrenia, a su vez, reconocen que no hay alteraciones somáticas específicas de esta afección.

Así Pelaz Martínez (8), después de estudiar tres grupos de esquizofrénicos: a). aquellos en los cuales el proceso esquizofrénico era activo; b). aquellos en los que estaba inactivo; y c). aquellos en los cuales era reactivo, señala únicamente que la permeabilidad de las meninges parece ser la observación más frecuente en el curso de la diagnosis. Katzenelbogen (9), sin querer dar a sus observaciones sino un alcance prudente, es decir sin pretender referirse a especificidad de trastornos, estudió la sangre y el líquido cerebro espinal de veinte enfermos con tipo de reacción esquizofrénica, encontrando que diez y siete presentaron desviaciones de los límites aceptados como normales, de uno u otro constituyente, ya sea en la sangre, ya en el líquido céfalo-raquídeo o ya en ambos.

Gilb. Muyle (10), que examinó el líquido cefalo-raquídeo de 90 dementes precoces, especialmente en lo que se relaciona con la clorurorraquia, concluye: si hago abstracción de mis resultados manométricos que indican una tendencia a una ligera hipertensión, anoto modificaciones poco importantes en el 24.4% de los casos. Y donde ellas han aparecido, se han mostrado inconstantes. Los líquidos que presentaban alteraciones se han encontrado tanto en enfermos en el período de estado como en sujetos que se encontraban aparentemente en el período de comienzo de la afección. Los enfermos proclives periódicamente a la agitación psicomotora me han parecido proporcionar más fácilmente líquidos alterados. La hiperalbuminosis y la hiperglobulinosis son las modificaciones patológicas que he encontrado con más frecuencia. Según mis investigaciones sistemáticas limitadas a noventa pacientes, la talla de cloruros liquidianos queda en los límites de la variación fisiológica. Esta constatación no tien-

de, pues, a corroborar la existencia de una meningo-encefalitis tuberculosa en la demencia precoz.

Son múltiples las investigaciones que han dado fin con la supuesta etiología tuberculosa de la demencia precoz; por esto nos creemos exonerados de insistir sobre ello. Bastaría recordar que A. Rubino (11) agotó el tema en un trabajo memorable. En las páginas finales de su estudio ya lo decía: del análisis de los varios datos de la investigación y a través de un análisis sistemático y objetivo de la confrontación de las diversas investigaciones efectuadas se puede llegar a la conclusión de que la etiología tuberculosa de la demencia precoz resulta conmovida en sus bases mismas". También en nuestra América han aparecido contribuciones que llegan a parecida conclusión, como la interesantísima tesis de L. Martínez Dalke (12).

En su día tuvieron bastante interés las investigaciones radiológicas, o más precisamente encefalográficas, en los esquizofrénicos. Los datos, sobre todo los referentes a las formas crónicas, son muy sugestivos, como puede verse en la excelente monografía de Guerner, Fajardo, Yhan y da Silva (13), que, entre otros signos, señalan atrofia de la corteza cerebral de la región fronto-parieto-occipital, dilatación ventricular, etc. Pero tales datos, si bien fueron controlados con encefalogramas de individuos normales y de algunos psicópatas, por sí solos, no pueden ser documentos capaces de comprobar la especificidad de los trastornos radiográficos. Y fuera de ese reparo, todavía cabría preguntar si serían iguales los resultados caso de utilizarse técnicas más perfectas, como la yodoventriculografía.

Sería inútil citar otras investigaciones que llegan a conclusiones semejantes. Si hemos hecho las referencias que anteceden ha sido sólo con el objeto de subrayar la correlación lógica que existe entre la variedad de etiología y la inespecificidad de las variaciones orgánicas.

Por lo demás, en la esquizofrenia—problema aparentemente particular — se repite lo que los investigadores han hallado al referirse a las psicosis en general. Por ejemplo E. Zara (14), en una valiosa contribución al estudio del metabolismo intermedio de los glú-

cidos, encontró que la alteración de ellos se encuentra en varias enfermedades mentales, aparte de las relaciones entre el sindrome ansioso y el metabolismo; no son patognomónicas de las psicosis mismas ni son determinadas por ellas sino que están en relación con factores constitucionales, endocrínicos y neurovegetativos, con alteración de los centros vegetativos en algunas cerebropatías o con alteraciones hepáticas o de otros órganos conexos con el metabolismo de los glúcidos. Por su parte, A. de Marco (15), después de recordar que en la actualidad la azotemia, independientemente de su origen renal o hepatorrenal, también aparece consecutivamente a alteraciones de la regulación nerviosa del metabolismo nitrogenado, se limita a señalar su importancia en algunas psicosis, e insiste en que no puede relacionarse el disturbio de las funciones psíquicas sólo con una lesión renal verdadera y solitaria, porque es necesario considerar la importancia patogénica de todo un complejo de factores extrarrenales que pertenecen al cuadro general de la enfermedad mental.

Iguales consideraciones habría que hacer al referirse a la importancia de las causas psicógenas. Concedido el hecho de que en ciertos individuos dotados de una personalidad netamente psicopática, la aparición de reacciones esquizomorfas es frecuente, se exageró su importancia. Consecuencia de ello fué la tentativa de tratar por el psicoanálisis las esquizofrenias. Es claro que este sistema es fructífero cuando la etiología psicógena de la reacción esquizomorfa es clara e indubitable — como ejemplo puede darse el caso últimamente relatado por Kubie (16) — pero de ello a extender la aplicación de tal procedimiento aun a las formas netamente procesales, hay un abismo. La razón es clara: en éstas, el determinante etiológico es más que complejo. Con razón Delgado (loc. cit.), a quien debemos citar con insistencia, dice: "Los psicoanalistas exageran, indudablemente, el alcance de la experiencia eventual del sujeto en la dinámica de la esquizofrenia: toman de ordinario como factores patogénicos lo que no son sino patoplásticos".

Otra consideración que se impone es la siguiente, y también en esto estimamos justas las opiniones de Delgado: parece necesario hacer un alto al considerar la caracterología del esquizofrénico, antes de que aparezca la enfermedad. Si bien el examen constitucio-

nal tiene para el psiquiatra una enorme importancia — sobre todo desde los estudios de Kretschmer — a menudo se diagnostica como esquizotimia y aún más como esquizoidia lo que es esquizofrenia en sus comienzos. "Debemos impugnar, dice Delgado, la desviación de criterio que consiste en confundir el tipo de carácter con el tipo de psicosis". Y más lejos: "Entre una y otra no sólo hay diferencias de cantidad sino también de calidad y hasta de oposición".

Esto, como observación general, que impone cierta relatividad a las coincidencias entre caracterología y tipo de psicosis. Porque otra cuestión es aquella que se relaciona con la coincidencia entre psicosis esquizofrénicas y tipos somáticos. Ya desde hace algún tiempo venimos observando — y ello será motivo de un trabajo posterior— que así como el reconocimiento de los tipos corporales tiene en la práctica una evidente importancia en el pronóstico de las psicosis endógenas — hecho primitivamente señalado por la escuela de Kretschmer — la misma coincidencia parece existir aún en el caso de emplear los modernos recursos terapéuticos. Es decir que los asténicos y leptosomáticos — y con mayor razón los displásicos— son los que parecen recibir menos beneficios de aquéllos. Importa señalar el hecho, sobre el que insistiremos más adelante, ya que las estadísticas que todos los días se publican sobre insulinoterapia y convulsivoterapia, omiten sistemáticamente la ordenación con referencia a los tipos corporales, y sólo insisten sobre la duración de la enfermedad.

También debemos insistir en que actualmente parece más y más difícil distinguir entre las manifestaciones procesales y postprocesales que, para los continuadores de Berze, parece una cuestión de hecho relativamente sencilla. En lengua española Valenciano (17) ha hecho hincapié sobre la necesidad de tal diferenciación, como paso previo a la realización del tratamiento. Parten de la idea de que la esquizofrenia traduce un proceso orgánico en marcha y que se destaca por síntomas primarios irreductibles y psicológicamente incomprensibles. "Según nuestras observaciones, dice Mauz (18), hay algo que es específico de la esquizofrenia proceso: la vivencia de la enfermedad como transformación subjetiva, como el "apercibir de una amenaza" (Hinrischsen) del yo y su unidad"; como

"sensación de pérdida", de "decadencia de la individualidad" (Wernicke). La "vivencia de la insuficiencia" (Berze), del "palidecer de la propia actividad y la falta absoluta de la conciencia de la actividad" (Kronfeld), la concienciación (Bevussteheil) de la variación, de un peligro que se cierne, y, a consecuencia de todo esto, el estado de ánimo intranquilo, de incertidumbre y de espanto, la confusión y perplejidad, el sentimiento angustioso e inquietante de la conmoción y anulación psíquica, es estado de ánimo esquizofrénico. Berze y Gruhle. Y como síntomas aislados del "proceso actual" se citan: el robo del pensamiento, los pensamientos, actos voluntarios e impulsos fabricados; la extrañeza de la realidad, o del mundo de la percepción; la sensación de influenciabilidad; la alteración esquizofrénica del pensamiento, etc. Y al lado de esto, la capacidad, se diría hipertrofiada, de la autocrítica.

Trascurrido cierto tiempo—que algunos calculan en tres años—con sus posibles avatares, y cuando no ha ocurrido remisión, viene el período postprocesal, según estos autores, en que lo que nos muestra el enfermo es sólo una fachada, unos restos que van camino de estereotiparse definitivamente. Por consiguiente, el pronóstico se volvería más obscuro. Sin embargo, las aportaciones de la terapéutica mental nos están diciendo con insistencia que si bien la esquizofrenia, como toda enfermedad, revierte más difícilmente cuanto mayor tiempo trascurre desde su comienzo, hay casos, más abundantes de lo que pudiera esperarse, que mejoran o remiten pese al prejuicio según el cual en ellos los factores orgánicos deberían suponerse lesionales. La explicación de este hecho, aparentemente paradójico, es obscura. Pero como se trata de una positiva realidad, no hay otro remedio que volver a considerar la potencia de la individualidad frente a las transformaciones mórbidas. Aquí debiera recordarse que las causas psicógenas son frecuentemente patoplásticas y, en consecuencia, más fácilmente reversibles en sus consecuencias, alguna vez gracias a procedimientos psicoterápicos y frecuentemente, a tratamientos orgánicos. Hay, pues, mucho de prejuicio y harto de convencional en querer encontrar distancia pronóstica y diagnóstica desmesurada entre proceso y post-proceso.

Sea que se trate de esquizofrenia proceso, sea que se aluda a esquizofrenia reacción, se destaca firmemente un hecho: las causas y la patogenia de estas psicosis son múltiples y complejas. Tan cierto es esto, que pese al criterio clínico más ceñido, ante un enfermo siempre nos queda la duda acerca de la validez de nuestra interpretación y presentimos que tal vez hemos sobrevalorado la importancia de determinados factores.

Pensamos que tal vez empeñados por determinar la causa o causas en acción, hemos concedido un valor que no tienen a las apariencias orgánicas o que hemos interpretado ligeramente la contextura de la personalidad prepsicótica. Una duda se impone: aun en los cuadros más genuinamente procesales, acaso el factor psicógeno no tiene una importancia mayor? Y nos quedamos en la duda porque, en efecto, la patología funcional nos está demostrando insistentemente que antes que el órgano está la función y que gran parte de las causas, psicógenas o no, inician la alteración individual por alteraciones funcionales (19). Según sea la intensidad con que actúen y según sea la resistencia orgánica, acaban por determinar modificaciones estructurales, también variadas, y localizadas en tal o cual sistema, en tal o cual órgano. Y si a esto se agrega que constituída la modificación estructural, ello no quiere decir que las lesiones sean definitivas, sino que por el contrario frecuentemente son reversibles, pensamos que la afirmación de proceso no es, ni con mucho, sombría.

II.—El Problema Terapéutico.

El estudio de la esquizofrenia, como problema diagnóstico, pues, en la hora actual, lo mismo que muchas otras psicosis, es cierto que está lleno de interrogantes, o acaso formado casi en su totalidad por interrogantes. A primera vista parecería que semejante desconcierto implicara un hondo pesimismo terapéutico. Pero felizmente, y tal vez por eso, no es así. La razón es obvia. A veces es la terapéutica la que viene a aclarar la etiología, la patogenia y aun el diagnóstico; afirma o rectifica. En todo caso, aclara.

Es comprensible, por lo mismo, que después de un gran período en que el tratamiento de la esquizofrenia ha sido el rompecabezas de

los clínicos más eminentes, en la actualidad haya renacido la esperanza, atentos los resultados obtenidos por los procedimientos actualmente en boga.

Pudiera decirse que tales métodos — de los que no vamos a ocuparnos en este relato, por lo que se refiere a las técnicas— pecan de empirismo. Pero, sin dejar de recordar que gran parte de la terapéutica es en realidad un empirismo bien sistematizado, ni puede ser de otra manera tratándose de afecciones que carecen de los atributos propios de una entidad nosológica y que exceden de las características del sindrome. Pero ellos tienen la fuerza y el antecedente adecuado para imponerse. Antes de que se exhibieran los primeros resultados de la malarioterapia, habría parecido absurdo pensar en la remisión o curación de la parálisis general. Sin embargo, tal hecho es aceptado y conocido universalmente en la actualidad. Y si en este caso la terapéutica por los schocs dió resultado, ¿por qué no aceptar su eficiencia cuando se acude a procedimientos similares tratándose de la esquizofrenia?

La investigación ha seguido de cerca a la experiencia en el curso de esta terapéutica. Muchos investigadores han querido explicar la acción benéfica de estos recursos, ya por trastornos del metabolismo, ya por modificaciones del tejido cerebral mismo, etc., etc. Pero hasta hoy su mecanismo íntimo queda desconocido.

Con relación a la insulinoterapia, por ejemplo, podemos recordar ciertos datos. Harris, Blalock y Horwitz (20), después de minuciosos análisis, concluyen: simultáneamente con la baja de azúcar en la sangre, se observaron cambios en los amino-ácidos, potasio, fósforo inorgánico, colesterol y proteínas del suero. La importancia de algunos de estos cambios en las relaciones fisiológicas son indiscutibles, especialmente la marcada y persistente baja del potasio del suero, que se observó en un pequeño número de pacientes. La severidad de los cambios no depende de la cuantía de la dosis de insulina administrada. Más importantes y precisas son las observaciones de Gellhorn (21): experiencias verificadas en hombres, perros y ratas le inclinan a creer que los resultados beneficiosos de la insulina en la esquizofrenia se deben a la estimulación del sistema simpático-adrenalínico. En gran parte, parece deberse al descenso del meta-

bolismo oxigenado a nivel del cerebro, total o parcial, la excitación de aquel sistema. Por eso cree que la base de la alteración esquizofrénica se debería a la deficiencia de reacción del sistema simpático; las alteraciones de las funciones corticales serían secundarias. Y la combinación de hipoglicemia y deficiencia oxigenada producirían la mayor excitación del simpático, por la completa asfixia que producen, siempre que no pongan en peligro las funciones cardiovascular y respiratoria.

Sin embargo, el procedimiento está lejos de no comportar peligros; aparte de los disturbios funcionales, se ha señalado lesiones de las células nerviosas corticales, que sufrirían procesos agudos de degeneración, pero que felizmente vuelven a la normalidad bajo la influencia de circunstancias favorables. No obstante, dice Moersch y Kernohan (22), el margen entre los cambios reparables e irreparables, con el tiempo, se vuelve más estrecho.

En la América Latina también se han efectuado importantísimas investigaciones sobre el mecanismo bioquímico de los schocs insulínico y cardiozólico. Citaremos sólo algunas de las mejor conducidas. Los Profesores Cuatrecasas y Bruno (23), de Rosario, creen, con mucho fundamento, que el mecanismo del schoc convulsivo con seguridad no se refiere al recambio glúcido ni proteico, y piensan que el aumento de la excitabilidad del sistema nervioso central se condiciona por el estado iónico y el equilibrio ácido-básico, razón por la cual han orientado sus trabajos en el sentido de determinar las variaciones del cociente clorado glóbulo-plasmático. En el schoc insulínico observan un hecho constante: la elevación del cociente clorado, elevación de grado variable y que no guarda relación con el grado de descenso de la glucemia; parece que son otros los factores humorales que condicionan los fenómenos convulsivos y las modificaciones del cloro hemático. En el schoc cardiazólico, se advierte que la glucemia, ya aumentada durante el ataque, continúa elevándose después de transcurrido el shoc convulsivo mientras que las variaciones de la cloremia siguen un ciclo distinto e íntimamente relacionado con las manifestaciones clínicas del schoc convulsivo, lo que parece, en todos los casos, vinculado a las alteraciones iónicas.

Por su parte Foz, Ansaldi y Vita (24) anotan: el acceso epiléptico consecutivo a la inyección endovenosa de alcanfor (Cardiazol, Hexetón) va seguido de modificaciones apreciables en la sangre y en el L. C. R. Es decir, un aumento de la glucosa de 0.10 a 0.66; de la urea, de 0.18 a 0.38; y en el L. C. R., un aumento constante de la glucosa de 0.05 a 0.22; de las albúminas, de 0.05 a 0.07; de los elementos, de 6 a 23,40 Las reacciones de las globulinas, de negativas, se hacen positivas. La urea y los cloruros sufren variaciones en más o menos.

En lo que se refiere al mecanismo neurológico del schoc cardiazólico, G. Gutiérrez Noriega (25), que ha realizado sugestivas experiencias en gatos descerebrados, sienta esta conclusión: la epilepsia producida por el cardiazol no depende de la excitación de un solo centro, sino de la suma de diferentes reacciones parciales, que experimentalmente, por el método de las secciones del tronco encefálico del gato descerebrado, hemos conseguido disociar. Por lo menos cabe distinguir un factor tónico bulbar, un factor clónico protuberancial, y otro más complejo que se traduce por movimientos de natación, de origen peduncular. El impulso que produce la epilepsia se trasmite desde los centros respectivos hasta la neurona motora espinal, siguiendo las vías extrapiramidales, de lo cual resulta que aquélla es un proceso extrapiramidal.

Bastaría con las referencias anotadas para convencerse que aún estamos muy lejos: 1º De determinar con precisión cuáles son las modificaciones humorales que producen ciertos cambios en la dinámica del organismo, cambios susceptibles de volver al individuo a un estado de salud satisfactorio; 2º De precisar el mecanismo exacto mediante el cual se revierte un estado de enfermedad al de salud; y 3º De sostener las hipótesis de trabajo que Sakel y Meduna establecieron como paso previo a la iniciación de sus tratamientos.

De los dos primeros puntos nos hemos ocupado ya con alguna extensión. Refirámonos sintéticamente al último.

Es sabido que Sakel aplicó la insulina como antagonista de la adrenalina, entendiendo que así como ella producía un efecto sedante sobre los fenómenos de abstinencia de los morfinómanos, en las esquizofrenias, su acción hipoglicemiante debía producir una se-

rie de modificaciones favorables para el retorno a la normalidad (26). Las referencias que hemos hecho nos hacen presumir que no sólo no parece existir tal antagonismo, sino que aún hay autores que creen que justamente la acción anoxémica del schoc insulínico estimula el sistema simpático-adrenal y que por esta vía se realiza la mejoría. Y en cuanto al shoc cardiazólico, von Meduna decía: "Entre el proceso de la epilepsia y aquel de la esquizofrenia hay un antagonismo biológico. En consecuencia, pudiendo producir ataques epilépticos en enfermos esquizofrénicos, estos ataques cambiarían el proceso químico y humoral del organismo de modo que, este último, no siendo ya un terreno favorable al desarrollo de la esquizofrenia, se habría creado la posibilidad biológica de hacer desaparecer progresivamente la enfermedad". (27). Hoy, esta teoría va perdiendo progresivamente su base de sustentación. Recordemos sólo una reciente afirmación de Cortesi (28) : no es un hecho excepcional que en los dementes precoces se verifiquen accesos epilépticos y en epilépticos sindromes esquizofrénicos y además, no se ha demostrado que la epilepsia no se provoque en la esquizofrenia con menos frecuencia que en las demás enfermedades mentales o en individuos sanos de la mente. Se ha demostrado insistentemente (Krüger, Langelüddeke, Gullota) que existe en la esquizofrenia una disposición convulsiva no mucho menor que en la epilepsia, lo que de ninguna manera está de acuerdo con el supuesto antagonismo biológico.

Si a esto se agrega que no sólo los derivados del alcanfor son capaces de determinar manifestaciones convulsivas — acerca de cuya similitud con el verdadero ataque epiléptico aún se discute mucho — debemos pensar que el mecanismo de acción debe ser diferente en cada caso y que por lo mismo una explicación unitaria acerca de sus beneficios jamás la encontraremos.

En todo caso, queda como adquirido el hecho de que ciertas sustancias, especialmente las vasodilatadoras y angioespásticas, son capaces de determinar accidentes convulsivantes que en ciertos casos— el más estudiado, el cardiazol — tienen una influencia beneficiosa sobre los estados esquizofrénicos. Actualmente las vías de estudio se encuentran tan francas en este dominio, que la experimentación continúa desenvolviéndose ampliamente. Fiamberti (29), por ejemplo,

ha utilizado la vía suboccipital para la introducción de fármacos vasodilatadores y angioespásticos (acetilcolina, angioxil, histamina, adrenalina), obteniendo con las dos primeras sustancias accesos de carácter epiléptico con pérdida de la conciencia, caída, grito, mordedura de la lengua, contracciones tónicas, convulsiones clónicas, cianosis, sudor, rigidez pupilar, hasta sopor, sueño y amnesia sucesiva al acceso. Estas experiencias se han realizado en epilépticos y no epilépticos.

Hay más. Aparte de los efectos beneficiosos obtenidos con el cardiazol en el tratamiento de los estados esquizofrénicos y como otro argumento contra la no incompatibilidad entre éstos y la epilepsia y hasta como una afirmación de que los accidentes convulsivos producidos por el cardiazol no pueden asimilarse íntegramente a los epilépticos, aparece la aplicación del pentametilenotetrazol al tratamiento de la epilepsia: se ha observado su efecto beneficioso, sobre todo, en los estados crepusculares.

Todo esto viene a confirmar lo que afirmábamos al principio: que el mecanismo íntimo de la terapéutica por los schocs queda desconocido, por más que se hayan hecho observaciones más o menos significativas en cuanto a variaciones químicas, humorales y neurológicas; es decir que, igual a lo acontecido en la malarioterapia, no hay hipótesis capaz de sustentarse sobre bases firmes.

Esto explica que la terapia por los schocs no tenga nada de específica y que, si bien las observaciones se han realizado ya en grande escala en la esquizofrenia, sus aplicaciones no se hayan detenido allí. Por el contrario, ellas se multiplican.

Así, para Low, Sonenthal, Blaurock, Kaplan y Sherman (30) aparte de los buenos resultados obtenidos en la esquizofrenia, la superioridad del metrazol sobre la narcosis prolongada en el tratamiento de la psicosis maniaco-depresiva, es evidente; produce mayor cantidad de remisiones y reduce los peligros y complicaciones. Para Verstraeten (31) la terapéutica convulsivante está indicada principalmente en muchos estados sintomáticos de la psicosis maniaco-depresiva, en ciertos estados catatónicos y pseudocatatónicos, y en los estados esquizofrénicos agudos y polimorfos. Según Leroy (32), el cardiazol representa un apreciable recurso en ciertos estados perió-

dicos de agitación con consciencia que presentan los epilépticos, sobre sus estados coléricos, sin que se haya presentado una crisis convulsiva. Delgado (33) publicó hace poco un caso interesantísimo en que el cardiazol contribuyó a acentuar y afirmar la mejoría de un paralítico general, tratado previamente con inoculación malárica. Leroy (34), con ciertas modificaciones de técnica, utiliza el cardiazol para calmar la ansiedad del melancólico y cura el eczema, la urticaria y otros sindromes de significación patogénica parecida, etc. Sal y Rosas (35), Lambruschini (36), etc., lo aplican en las neurosis.

Experimentos tan variados creemos que conmueven las bases mismas de la psiquiatría, sobre todo en lo que se refiere a los cuadros nosológicos y de hecho contribuyen, en cierta forma, a exaltar la importancia del factor psicógeno en la génesis y patogenia de las enfermedades mentales, alejándonos cada vez más de la posibilidad, tan esperada a partir del impulso de Wirchow, de encontrar o precisar la anatomía patológica de muchas psicosis y neurosis.

Y a parecida conclusión se tiene que llegar cuando se piensa que los tratamientos preconizados en la terapéutica de las enfermedades mentales, especialmente de la esquizofrenia, aparte de los shocs insulínico y cardiazólico, tienen que ser considerados, en cuanto a su mecanismo, harto similares. Tal ocurre, por ejemplo, con la cura por medio de inyecciones de autosangre en diversas zonas de la sustancia blanca de los lóbulos prefrontales (Mariotti, Sciuti (37), con la vacunoterapia "específica" preconizada por Buscaino y Platania (38) en el tratamiento de la amencia y la demencia precoz, etc.

Que la terapia por los shocs nada tiene de específica lo afirma además la combinación que en algunos casos tiene que hacerse con la insulina y el cardiazol.

Y que la importancia del factor psicógeno debe tenerse más y más en consideración lo comprueba el hecho de que, tanto en la terapia de Sakel como en la de Meduna, la acción psicoterápica, cuando el enfermo sale de sus crisis, es una medida complementaria del más alto valor.

Por lo demás, los modernos recursos terapéuticos sólo representan un progreso respecto a los antiguos procedimientos de shoc

(absceso de fijación, piryfer, etc.), cuyos resultados, al comienzo de su aplicación, parecían muy halagadores, pero que ahora han tenido que ceder el campo a la insulinoterapia y a la convulsivoterapia. Lo mismo podría decirse con respecto a la malarioterapia, que en su hora también fué aplicada al tratamiento de la esquizofrenia.

El hecho de que los investigadores hayan encontrado bastante diferencia entre los ataques convulsivos propios de la epilepsia vera y las convulsiones determinadas por el cardiazol, constituye un argumento de valor para pensar que la patogenia de los mismos, por ser diferente, no alcanza por sí sola a explicar el mecanismo íntimo gracias al cual se produce mejorías en un sinnúmero de casos. Low y sus colaboradores (loc. cit.) demostraron que ni el aura (constantemente la misma en los cardiazolisados), ni la tos con que se inicia el ataque — menos frecuentemente el estertor y menos aún el grito, ni el período convulsivo — en sus fases tónica y clónica, ni los fenómenos vegetativos, etc., tienen semejanza suficiente con el ataque epiléptico, para asimilarlo completamente a él. Menos aún cabría establecer la semejanza con el comportamiento postparoxismal, que difiere radicalmente de aquel de la epilepsia; bastaría recordar su carácter estuporoso y su duración, la frecuencia con que aparecen los estados de confusión en los cuales hay desorientación e incoherencia prolongadas, etc., etc.

Este y otros argumentos de índole esencialmente clínica nos hacen comprensible la prudencia con que, algunos investigadores que se han ocupado del asunto, interpretan los resultados obtenidos con el cardiazol como test diagnóstico de la epilepsia. Así Muyle (39) obtiene resultados positivos sólo en el 32.07 de sus casos, mientras que en los sujetos que servían de control la prueba ha sido positiva en el 3.77%, lo que prueba la no especificidad del test, independientemente de ciertos caracteres clínicos de los fenómenos motores, que no han sido semejantes, cuando fueron provocados por el cardiazol, a los que presentaban los comiciales espontáneamente. En cuanto al valor médico-legal de la prueba dice: "tal como la hemos practicado, nos parece, ateniéndonos al resultado de estas nuevas investigaciones, todavía más restringida de lo que habíamos creído al principio". Trelles (40) juzga con mayor optimismo sus resultados,

acaso por razones derivadas de la técnica empleada; pero cuando considera su valor médico legal coincide, pero más esperanzado, con el criterio de Muyle: no recomendamos la aplicación de esta prueba en el campo médico-legal, hasta efectuar mayor número de comprobaciones.

Lo expuesto hasta aquí resume los problemas previos al tratamiento de la esquizofrenia, y podría sintetizarse de esta manera: 1º La esquizofrenia no es una entidad nosológica ni sólo un sindrome, sino más bien un tipo clínico. Sin embargo, cabe distinguir todavía entre esquizofrenia proceso y esquizofrenias sintomáticas o psicosis esquizomorfas en que el antecedente etiológico — por lo menos el decisivo — aparece más o menos claro; 2º Sentado lo anterior, es lógico que su etiopatogenia sea obscura y más aún su anatomía patológica, siendo probable que jamás se llegue a describirla, por lo menos con caracteres específicos; 3º Parece de todo punto indispensable proseguir las investigaciones físico-químicas, humorales, neurológicas y neurovegetativas, una vez que se reconoce cierta uniformidad sintomatológica, que permite sentar el diagnóstico con cierta seguridad. Esta clase de investigaciones tiene una gran importancia, además, porque los recursos terapéuticos que más beneficiosos resultados proporcionan hasta hoy, nada tienen de específico, y todos en realidad se reducen a la provocación de schocs; 4º La moderna terapia convulsivante e insulínica, que tan buenos resultados proporciona, tanto en las formas procesales como sintomáticas y que igualmente rinde iguales beneficios en el tratamiento de otras psicosis, afirma la reversibilidad no sólo de la afección, sino de las mismas lesiones y, aparte de reconocer un fondo orgánico, que se transparenta por modificaciones del psiquismo, exalta el valor de las causas psicógenas. Es decir que vale insistir en los postulados de la patología funcional, sin que ello pueda ser un argumento para invocar el psicoanálisis como recurso de primer orden en el tratamiento; 5º Estamos en los comienzos en cuanto se relaciona con el mecanismo íntimo de los schocs a pesar de las investigaciones realizadas; es indispensable insistir en el estudio de ellas; 6º A pesar de sus semejantes, el schoc insulínico difiere con mucho del schoc cardiazólico; 7º Una prueba más de la complejidad de estos problemas

la encontramos en la desemejanza entre los ataques espontáneos de los comiciales y los accidentes convulsivos provocados por el pentametilenotetrazol. Tal hecho nos hace un tanto escépticos en cuanto a la posibilidad de que pueda servir como test diagnóstico de la epilepsia.

La anotación de estos antecedentes nos pone en el caso de reclamar de las futuras investigaciones, que se realicen utilizando los modernos tratamientos de la esquizofrenia, cierta uniformidad en la recolección de los datos, independientemente de las condiciones técnicas. De estas no nos ocupamos, por cuanto la abundante bibliografía de que en la actualidad disponemos contiene todos los elementos de juicio indispensables (A manera de recomendación, podríamos señalar los siguientes trabajos: Frostig (41), Meduna (42), Delgado (43), Caravedo (44), Pacheco e Silva (45), Yhan (loc. cit.), Orlando (46), Más de Ayala (47), Quaranta (48), Botelho (49), etc., más difundidos en nuestra América).

Creemos que para reunir un acervo suficiente de datos que nos permitan enjuiciar con sólido fundamento la importancia de los nuevos tratamientos, precisar mejor sus indicaciones y ordenar con toda claridad sus resultados, es indispensable no olvidar en cada investigación los siguientes particulares:

1º—Clasificación de los casos según la antigüedad de la afección (sobre ello habría que guiarse por las normas ya universalizadas de Muller).

2º—Clasificación por componentes hereditarios (habida cuenta de que las necesidades de la práctica nos obligan a emplear los nuevos sistemas no sólo en las formas procesales sino también en las sintomáticas, y en otras psicosis y neurosis).

3º—Clasificación caracterológica y temperamental (necesidad de comprobar si hay o no coincidencia de los rasgos sintomáticos con la caracterología prepsicótica y con la peculiar de las personalidades psicopáticas. Indicar posibles variaciones raciales. Ver por ejemplo Caravedo (l. cit.).

4º—Clasificación de los tipos corporales (recordar que para algunos investigadores, por ejemplo, Delgado, (43), las crisis epileptiformes en el curso de la insulinoterapia son frecuentes en el pícni-

co. Además, creemos personalmente que la consideración de los tipos corporales no deja de tener un gran valor pronóstico).

5º—Clasificación teniendo en cuenta los tratamientos realizados anteriormente al empleo de los métodos actuales (La práctica nos obliga a tratar esquizofrenias más o menos viejas).

6º—Observaciones psicopatológicas en el curso del schoc hipoglicémico.

7º—Observaciones fisiológicas y fisiopatológicas.

8º—Observaciones químicas y humorales.

9º—Características psicológicas del período de remisión (especial importancia de ciertos aspectos, por ejemplo, anomalías de la memoria en los esquizofrénicos tratados por el cardiazol. Personalmente no sostenemos todas las conclusiones de Figari Diez Canseco (51).

10º—No descuidar, siempre que fuere posible, la observación anatomopatológica de los casos que hubieren sido sometidos a los nuevos tratamientos de las psicosis, especialmente la esquizofrenia.

BIBLIOGRAFIA

(1).—Honorio Delgado: ''Psicopatología y Delimitación Clínica de la Esquizofrenia''.—Rev. Mexic. de Psiq. Neurolog. y Med. Leg. Nº 19. Mayo 1937. 6-31 págs.

(2).—H. Ey et Mme Bonnafoux-Sérieux: ''Études cliniques et considerations nosographiques sur la démence précoce''. Ann. Méd-Psychol. Oct. 1938. 360-394 págs.

(3).—H. Baruk: ''La démence précoce'' ou la ''schizophrénie'' constituent-elles une maladie?''.—Arch. de Neurolog. Bucarest. IIéme An. Nº 3. 256-265 pags.

(4).—Gonzalo Bosch: ''Esquizofrenia considerada como sindrome desde el punto de vista psiquiátrico''. Rev. de la Asoc. Argent. Nº 388. Abril 1938. 88-94 págs.

(5).—W. Boven: ''L'Hérédité des affections schizophréniques''. París. 1936.

(6).—Arthur E. Elvidge and G. E. Reed: ''Biopsy studies of cerebral Pathologic Changes in Schizophrenic and Manic-Depressive Psichosis''. —Arch. of Neurol. and Psych. Agosto 1938. 227-268 pags.

(7).—Chr. Jakob y E. A. Pedace: ''Estudio anatomo-patológico de la Esquizofrenia''. Rev. de la Asoc. Méd. Argent. Abril 1938. 326-334 págs.

(8).—Em. Pelaz Martínez: ''Alteraciones orgánicas en la Esquizofrenia''. Arch. de Neurobiol. 1935. 437.

(9).—S. Katzenelbogen: ''Studies in Schizophrenic: Chemical Analyses of Blood and Cerebrospinal Fluid''. Arch. of Neurol. and Psych. Abril 1937. 881-894 págs.

(10).—Gilb. Muyle: ''Contribution a l'étude du liquide céphalo-rachidien des déments précoces, spécielement en ce qui concerne la chlorurorrachie''. Journ. Belge de Neurol. et Psych. 1937. Nº 509-529 pags.

(11).—Agostino Rubino: ''Demenza precoce e Tuberculosis''. L'Osped. Psich. Mayo 1938. 257-290 pags.

(12).—L. M. Martínez Dalke: ''El Factor Tuberculosis en Patología Mental''. Buenos Aires. 1936.

(13).—F. Guerner, J. Fajardo, M. Yhan e C. P. da Silva: ''Estudos encefalograficos em esquizofrénicos''. Memorias do Hospital de Juquery. Nos. 11-12. 194-224 pags.

(14).—E. Zara: "Psicosi e ricambio intermedio dei glicidi; correlazioni con la malattie pancreatiche". L'Osped. Psich. Julio 1937. 349-434 pags.

(15).—A. de Marco: "Ricambio intermedio delle proteine nelle malattie mentali. Raporti tra psicosi e malattie mentali". L'Osped. Psich. 345-525 pags.

(16).—Lawrence S. Kubie: "Modifications in a Schizophrenic Reaction with Psychoanalitic Treatement". Arch. of Neurol. and Psych. Abril 1937. 874-880 pags.

(17).—Luis Valenciano: "Tratamiento de las Esquizofrenias". Arch. de Neurobiol. T. XIII. 1933. págs. 124-174.

(18).—Friedrich Mauz: "El Pronóstico de las Psicosis Endógenas". — Madrid, 1931.

(19).—E. Pizarro Crespo: "El Problema Actual de la Psicogénesis mórbida. Su importancia nosológica. La patología funcional". Rev. Neurolog. de Buenos Aires. Mayo-junio 1938. 421-442 págs.

O. Schwartz: "Psicogénesis de los Síntomas Corporales". Barcelona. 1932.

(20.—M. H. Harris, J. R. Blalock and W. A. Horwitz: "Metabolic Studies During Insulin Hypoglicemia Therapy of the Psychoses". Arch. of Neurol. and Psych. Julio 1938. 116-124 pags.

(21).—Ernst Gellhorn: "Effects of Hypoglicemia and Anoxia on the Central Nervous System". Arch. of Neurol. and Psych. Julio 1938. 125-146 pags.

(22).—F. P. Moersch, J. H. Kernoham: "Hypoglycemia: Neurological and Neuropathologic Studies". Arch. of Neurolog. and Psych. Febrero 1938. 242-257 pags.

(23).—Juan Cuatrecasas y A. A. Bruno: "Contribución al mecanismo bioquímico del schoc insulínico y cardiazólico". Bol. del Inst. Psiquiát. Rosario. Nº 22. 23-33 págs.

(24).—Antonio Foz, T. B. Ansaldi y N. A. Vita: "Ensayos sobre el método de von Meduna". Bol. del Inst. Psiquiát. Rosario. Nos. 20-21. 131-145 págs.

(25).—C. Gutiérrez Noriega: "Acerca del origen y mecanismo de las convulsiones producidas por el Cardiazol en los gatos descerebrados". Rev. de Neuro-Psiquiat. Lima. T. I. Nº 3. 373-419 págs.

(26).—Mario Yhan e Joy Arruda: "Estado actual da Therapeutica da Eschizophrenia". Rev. da Assoc. Paulista de Medicina. Nos. 2, 3, 4, 5. Vol. 13. 1938.

(27).—Ladislao Meduna: "La Terapia della Convulsione nella Schizofrenia". Arch. Gen. di Neurol. Psich. e Psicoanal. 1936. Vol. XVII. 289-295 pags.

(28).—Tancredo Cortesi: "L'Epilessia cardiazolica nella cura della demenza precoce". Rev. Sper. di Freniat. e Med Leg. delle Alien. Ment. Anno XVI. Dic. 1937. Fasc. III-IV. 827-884 pags.

(29).—A. M. Fiamberti: "Accessi a carattere epilettico provocati con l'introduzione sottoccipitale di sostanna vasodilatatrice". Id. Id. 834-840 pags.

(30).—A. A. Low, T. R. Sonenthal, M. F. Blarock, M. Kaplan, T. Scherman: "Metrazol schock Treatement of the "Functional Psychoses". Arch. of Neurol. and Psych. Abril 1938. 717-736 pags.

(31).—Paul Verstraeten: "Sur les indications de la thérapeutique convulsivante". Jour. Belg. de Neur. et Psych. Janv. 1938. 28-31 pags.

(32).—A. Leroy: "Le traitement convulsivante par le pentamethylénetetrazol calme l'agitation périodique de certains épileptiques". Id. Id. Mai 1938. 273-276 pags.

(33).—Honorio Delgado: "El Tratamiento de la Esquizofrenia por el Método de von Meduna. Su aplicación en un caso de Parálisis General Estacionaria". Arch. de Crim. Neuropsiquiát. y Dis. Con. Quito. Julio-Dic. 1937.—345-361 págs.

(34).—A. Leroy: "Le Pentamétylénetetrazol inyecté dans les muscles á doses moyennes et répétées, calme souvent l'anxieté du melancolique et guérit de meme l'eczéma, l'urticaire et vraisemblablement d'autres syndromes de la meme famille: asthme, migraine, etc.". Jour. Belg. de Neurolog. et Psych.—Agosto 1938. 613-630 pags.

(35).—Federico Sal y Rosas: "Tratamiento de las Neurosis por el Cardiazol". Rev. de Neuro-Psiquiát. T. I. Nº 4. 533-550 págs.

(36).—C. Lambruschini: El schoc insulínico en el tratamiento de los estados obsesivos". Rev. Argent. de Neurolog. y Psiq. Marzo 1938. 94-95 págs.

(37).—E. Mariotti: "L'autohemoterapia cerebrale. Tecnica operatoria". L'Osped. Psich. Julio 1938. 475-482 págs.

E. Mariotti y M. Sciuti: "La giuragioni di un case de schizofrenia a forma paranoide con iniezioni diautosangue nei lobi prefrontali (autoemoterapia cerebral). L'Osped. Psich. Set. 1938. 519-536 págs.

(38).—V. M. Buscaino y S. Platania: "Vaccinoterapia especifica" nell'amenza e nella demenza precoce". L'Osped. Psich. Setbre. 1938. 515--518 págs.

(39).—Gilb. Muyle: "De la valeur de l'épreuve au cardiazol en tant que test diagnostique de l'epilepsie". Jour. Belg. de Neurol. et. Psych. Nº 7. 1938. 525-530 pags.

(40).—J. O. Trelles y H. Morante Febres: "La prueba del cardiazol en el diagnóstico de la epilepsia". Rev. de Neuro-Psiquiát. Stbre 1938. 354-372 págs.

(41).—J. P. Frostig: "Sakel's Pharmacologic Schock Treatment for Schizophrenia; Tentative Directions and System of Recording". Arch. of Neurol. and Psych. Febrero 1938. 219-231 pags.

(42).—L. v. Meduna: Loc. cit. y "Sobre los errores más frecuentes en el tratamiento convulsivante". Trad. de Psych. Neurol. Wochench. 1938. Nos. 8-9.

(43).—Honorio Delgado, J. F. Valega y C. Gutiérrez Noriega: "Contribución al tratamiento de la Esquizofrenia con Insulina". Rev. de Neuro-Psiq. Dbre 1938. 463-498 págs.

Honorio Delgado: "Tratamiento de la Esquizofrenia con Cardiazol a dosis convulsivante". Rev. de Neuro-Psiq. Marzo 1938. 1-18 págs.

Honorio Delgado: "Traitement de la schizophrenie par le pentamethyléne-tetrazol (cardiazol). Ann. Méd-Psychol. Janv. 1938. 23-41 pags.

(44).—B. Caravedo, C. Gutiérrez Noriega: "El schoc hipoglicémico en la terapéutica de la esquizofrenia". Arch. Peruan. de Hig. Ment. Junio 1937. 2-24 pags.

B. Caravedo: "El Cardiazol en el tratamiento de la Esquizofrenia". Lima, 1938.

(45).—A. C. Pacheco e Silva; N. de Toledo Ferraz: "O método de Sakel nas esquizofrenias". S. Paulo. 1937.

(46).—Roque Orlando y H. H. Molina: "El schock hipoglicémico en terapéutica mental". Rev. de la As. Méd. Argent. Set. 15. 1937. 265-273 págs.

(47).—I. Más de Ayala: "Tratamiento por el coma insulínico de la Esquizofrenia". Montevideo 1938.

(48).—A. Quaranta: "Tratamiento de la Esquizofrenia por el método de Sakel". Rev. Argent. de Neurol. y Psiq. Marzo 1938. 31-82. págs.

(49).—A. Botelho: "Cardiazolterapia dos esquizofrénicos". Arq. Brasil. de Neuriat. e Psiq. Maio-Agost. 1938. 69-89 pags.

(50).—Arturo Vivado: "El tratamiento de la Esquizofrenia por el método de Sakel". Rev. de Psiq. y Disc. Con. Santiago de Chile. Julio 1938. 1-37 págs.

(51).—F. Figari Diez Canseco: "Anormalidades de la memoria en los esquizofrénicos tratados por el cardiazol". Rev. de Neuro-Psiq. Junio 1938. — 150-173 págs.

Tratamiento de la esquizofrenia con Cardiazol e Insulina

Por HONORIO DELGADO

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA CON CARDIAZOL E INSULINA

Por **HONORIO DELGADO**

Presentamos aquí el resultado terapéutico que hemos conseguido con el empleo de los dos métodos nuevos de tratamiento de la esquizofrenia. Como quiera que hemos publicado otros trabajos relacionados con parte del material clínico que sirve de base a esta ponencia, omitiremos en ella la exposición de las verificaciones e ideas ya expresadas. Esta consideración también se refiere al criterio con que diagnosticamos la esquizofrenia. Agregaremos solamente que la posibilidad de error diagnóstico corresponde a una magnitud que apenas pasa del 1 %. En efecto, el criterio que seguimos corresponde en lo esencial al de **Kurt Schneider**, quien comprueba en el inmenso material del Instituto Alemán para la Investigación Psiquiátrica que la delimitación entre esquizofrenia y psicosis maníacodepresiva sólo ofrece dificultades en 11 casos entre 1107 (941 esquizofrénicos y 166 maníacodepresivos); asimismo, con un examen no siempre prolongado, encuentra solamente 28 casos dudosos respecto de las personalidades psicopáticas (reacciones esquizomorfas) 28 entre 2,588 pacientes (914 esquizofrénicos y 1,647 casos de personalidad psicopática). Por su parte, **Leibig**, en el material clínico del mismo Instituto, encuentra únicamente 16 casos con sintomatología específicamente esquizofrénica en un gru-

po de 1,006 pacientes con psicosis sintomáticas. De estos 16 pacientes, 3 son casos de traumatismo cerebral, 5 paralíticos, 1 encefalítico antiguo y 7 epilépticos — todas enfermedades orgánicas fáciles de diagnosticar con la observación y las investigaciones de rutina. (*)

Dividimos el cuerpo de nuestra exposición en tres partes principales: 1º los enfermos tratados con Cardiazol; 2º los enfermos tratados con insulina; 3º los enfermos con tratamiento mixto. En cada parte diremos primero de manera sintética lo referente al resultado terapéutico, desde los puntos de vista de mayor momento, y en seguida consignaremos la relación individual de los casos. Dado el número de enfermos tratados — 183 —, no es posible hacer una historia clínica de cada uno, ni siquiera resumida, como lo hemos efectuado al publicar los primeros 25 casos tratados con Cardiazol. (**) Debemos contentarnos con una escueta enumeración de las particularidades saltantes, tanto del sujeto y su enfermedad, cuanto de la manera cómo ha sido aplicado y qué efecto ha producido el agente terapéutico. Para economizar espacio sólo indicaremos los datos positivos y los dudosos, dejando sin mención los negativos y lo normal. A pesar de nuestro empeño para conseguir una información satisfactoria, en varios casos no nos ha sido posible conocer en detalle la historia previa del paciente y su familia. Esto ocurre particularmente con los enfermos sometidos a la cura de insulina, que pertenecen al régimen común del Hospital "Víctor Larco Herrera" — algunos con procedencia desconocida y la mayor parte de ambiente cultural bajo.

(*).—**Kurt Schneider:** "Fünf Jahre Klinische Erfahrung an der Forschungsanstalt für Psychiatrie", **Deutsche medizinische Wochenschrift**, 1937, Nº 25.

(**).—**Revista de Neuro-Psiquiatría**, 1938, Nº 1.

I

ENFERMOS TRATADOS CON CARDIAZOL

Hemos seguido la técnica propuesta por **von Meduna** y perfeccionada por él **mismo** en sucesivas publicaciones. Los únicos cambios que hemos introducido son: 1º no privar de desayuno a los pacientes el día de la aplicación, a fin de evitar que se alarmen con la espera de la inyección; 2º aumentar la dosis de la siguiente aplicación cuando el intervalo entre la inyección y el comienzo del ataque se alarga o cuando el último se acorta — de este modo se reduce el número de aplicaciones sin ataque; 3º cuando dos o tres inyecciones seguidas — con intervalo de 1 o 2 minutos — no producen ataque, tranquilizamos al paciente inyectándole Luminal; lo mismo hacemos cuando el ataque produce desasosiego o malestar.

87 son los esquizofrénicos tratados con Cardiazol, 48 mujeres y 39 hombres. Del total, 48 son efermos de nuestro servicio hospitalario y de nuestra práctica privada; 37 (del 51 al 87) son enfermas del servicio del Dr. Carlos Krumdieck, cuyas observaciones ha tenido la gentileza de cedernos y 2 (49 y 50) son enfermas del servicio del Dr. Fernando Loayza, cuyo tratamiento autorizó que se hiciese bajo nuestra dirección. A ambos les expresamos nuestro reconocimiento así como a los señores León Mejía, Andrés Carrillo Broatch y Emilio Mejía, por su ayuda diligente en la atención de los enfermos y en la documentación del material.

Eliminando 3 casos en que nos vimos obligados a interrumpir el tratamiento por motivos que expondremos después, el **resultado terapéutico según la antigüedad de la psicosis** en 84 casos es el que se resume en el cuadro siguiente, en el cual los enfermos están distribuídos en 3 grupos: el grupo A corresponde a los que están enfermos menos de medio año (agudos), el grupo B a los que tienen de ½ año a año y ½ de enfermedad (subagudos), y el grupo C comprende los casos de psicosis de más de 1 año y ½ (crónicos).

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Remisión completa	30	11	9	50
Remisión social	1	1	4	6
Mejoría	0	2	10	12
Sin modificación	0	5	11	16
Suma	31	19	34	84

En lo que **respecta a la forma de la esquizofrenia** los casos se distribuyen de la manera siguiente:

	Grupo A				Grupo B				Grupo C				Total
	RC	RS	M	SM	RC	RS	M	SM	RC	RS	M	SM	
Simple	2	0	0	0	0	0	0	1	5	0	1	0	9
Hebefrénica	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3	11
Catafónica	11	0	0	0	4	0	1	2	1	0	6	2	27
Paranoide	11	1	0	0	6	1	1	2	3	4	2	4	35
Atípica	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Suma	30	1	0	0	11	1	2	5	9	4	12	9	84

Los casos de **esquizofrenia a repetición,** esto es, con fases anteriores de la misma psicosis en la vida del sujeto, son 16: la remisión se presenta en 12 de ellos. Sólo respecto de 14 casos (entre los otros 68) ignoramos antecedentes acerca de manifestaciones previas de la psicosis.

Durante algún tiempo no hemos podido explicar la curación de nuestro caso 5, el único de **esquizofrenia tardía**, con un tratamiento escaso—5 ataques—, cuya remisión se mantiene, como completa. **Staehli** y **Briner** nos dan la clave: en los 8 casos de esquizofrenia tardía tratados por ellos con Cardiazol se produce remisión completa en todos, inclusive en algunos con más de 1 año de enfermedad. Por eso consideran que los casos de predilección para aplicar el método de **von Meduna** son los de esquizofrenia tardía o de involución. (*).

(*).—**R. Staehli** & **O. Briner**: "Beitrag zur Krampfbehandlung der Schizophrenie", **Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie**, 1938, t. 160, Nº 4-5.

Según el **tiempo transcurrido desde el comienzo de la remisión** nuestros casos — eliminados los de recidiva — se clasifican así:

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
De más de 1 y ½ años	3	2	1	6
De 1 a 1 y ½ años	11	4	3	18
De ½ a 1 año	6	2	3	11
De menos de ½ año	11	3	2	16
Suma	31	11	9	51

Hemos tenido 5 casos de **recidiva** (9, 10, 18, 40 y 61), todos pertenecientes al grupo C, es decir, con esquizofrenia crónica. Además debemos indicar que hay un caso en litigio acerca del estado mental del enfermo 3 del grupo A, cuya esposa — después de más de 6 meses que E. O. se halla con la familia y en su trabajo — inicia el juicio de divorcio aduciendo como motivo la recidiva. Sin embargo, E. O. continúa en su trabajo, como gerente de una negociación industrial, y su familia consanguínea sostiene la normalidad del sujeto, salvo los impulsos propios de la personalidad premórbida, manifiesta incluso con un intento de homicidio varios años antes de la psicosis.

En lo que respecta a **complicaciones** se han presentado las siguientes: 1º producción de un ataque convulsivo inesperado: en un caso después del inmediato a dos inyecciones, en otro caso después de más de media hora de la aplicación (endovenosa) sin efecto inmediato; 2º luxaciones: de la articulación témporo-maxilar en 3 casos, de la articulación escápulo-humeral en 2 enfermos, uno de ellos la había sufrido antes a consecuencia de una caída de caballo — en todos se hace la reducción inmediata sin más consecuencias; 3º fractura del cuello anatómico del fémur en el enfermo antiguo 25, motivo de interrupción de la cura; 4º corticopleuritis tuberculosa,

causa de la muerte del paciente crónico 24; 5º disentería amebiana y gangrena pulmonar, mortal, en el enfermo, también crónico, 23. (*)

GRUPO A

Caso 2.—M. A., hombre, 34 años, con padre de temple lábil, alcohólico, y 5 hermanos "nerviosos"; pícnico, introvertido y débil de voluntad, inteligencia mediocre. A los 18 años tiene un episodio paranoide. La psicosis se inicia a raíz de una gripe y un fracaso económico, de manera subaguda; evolución progresiva en 4 meses; forma catatónica. El tratamiento dura 33 días (24. III—26. IV. 37), con 11 ataques en 16 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 139 cc; dosis inicial eficaz 7 cc. terminal 10 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 9 meses. (**)

Caso 3.—E. O., hombre, 40 años, con varios esquizofrénicos en la familia, incluso un tío carnal; constitución normotípica, impulsivo (llega a cometer un domicidio frustrado). A los 37 años tiene una fase paranoide que dura 10 meses. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución progresiva en 3 meses; forma paranoide. El tratamiento dura 142 días (7.IV — 28.VII.37) —hubo un intervalo de descanso antes de las 3 iny. de consolidación—, con 18 ataques en 21 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 174 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 6 meses.

Caso 6.—A. A., hombre, 29 años, hijo de matrimonio consanguíneo, con 2 hermanas esquizofrénicas; pícnico, irritable, inteligencia mediocre. A los 20 años tiene una fase de esquizofrenia que dura 2 años. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución progresiva en 3 meses; forma paranoide. El tratamiento dura 41 días (4.VI—14.VII.37), con 11 ataques en 18 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 134 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión completa desde hace 1 año y 7 meses.

Caso 12.—O. L., hombre, 19 años, con abuela paterna y abuelo materno dementes seniles, madre impulsiva, de temple lábil; pícnico, extravertido, irritable y débil de voluntad, débil mental. A los 8 años tiene neurosis de es-

(*).—Las particularidades de los 3 últimos sujetos, predisponentes para las complicaciones anotadas — hoy evitables según nuestra experiencia — se hallan en el resumen de historia clínica de esos casos que figuran con los mismos números en nuestro artículo publicado en **Revista de Neuro-Psiquiatría**, 1938 Nº 1.

(**).—El término de la observación postmórbida para todos los casos es el 15.II.39.

panto, con tartamudez, que dura 2 años. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en 1 mes; forma hebefrénica. El tratamiento dura 100 días (16.V—23.IX.37), con 30 ataques en 40 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 368 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 11 cc. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 4 meses.

Caso 13.—R. L., hombre, 26 años, con madre "histérica" (?); leptosómico, extravertido. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva en más de 5 meses; forma catatónica. El tratamiento dura 23 días (29.IX—21.X.37), con 7 ataques en 8 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 38 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 5 cc. El peso aumenta 10 kgr. en 23 días. Remisión completa desde hace 1 año y 4 meses.

Caso 14.—D. A., mujer, 32 años, hija de matrimonio consanguíneo, con 2 hermanos esquizofrénicos; pícnica, extravertida y tímida, débil mental. Desde los 15 años presenta 7 episodios catatónicos. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en 4 meses; forma catatónica. El tratamiento dura 29 días (7.VIII—4.IX.37), con 8 ataques en 9 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 37,5 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 5 cc. El peso aumenta en 5. 5 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 5 meses.

Caso 20.—O. S., hombre, 20 años, padre alcohólico crónico con episodios agudos, madre de temple lábil, un hermano esquizofrénico, otros 2 sufren ataques convulsivos; constitución atlética, irritable, desarrollo intelectual mediocre. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución rápidamente progresiva en 3 y 1/2 meses; forma paranoide. El tratamiento dura 66 días (15.IX—20.XI.37), con 15 ataques en 26 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 228 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 13 cc. El peso aumenta en 7 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 3 meses.

Caso 27.—A. M., hombre, 35 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico, impresionable y tímido. Un año antes de la psicosis tiene un episodio neurasténico. La enfermedad actual se inicia de manera subaguda a raíz de un período de intenso trabajo intelectual; evolución progresiva en 4 y 1/2 meses; forma paranoide. En el cuadro clínico se destacan los siguientes síntomas: delusiones de referencia, persecución, místicas y sexuales, ligadas a alucinaciones auditivas, visuales y cenestésicas; pensamiento esquizofrénico típico, incluso sustracción de las ideas, y perturbaciones de la conciencia del yo: parálisis del yo. El tratamiento dura 70 días (26.X.37—4.I.38), con 17 ataques en 24 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 168 cc; dosis inicial eficaz 6 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 1 mes.

Caso 33.—J. B., hombre, 27 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnico, débil de voluntad. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en poco más de 3 meses; forma atípica. Lo que predomina en el cuadro clínico es la depresión, incluso con intento de suicidio, pero con síntomas esquizofrénicos: fases de agitación y estupor catatónicos, alucinaciones verbales, cenestésicas y olfativas. El tratamiento dura 56 días (23.XII.37—15.II.38), con 11 ataques en 15 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 88 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace 1 año.

Caso 35.—J. S., hombre, 21 años, es hermano del caso 20; leptosómico, irritable, "nervioso". A los 18 años tiene una fase de esquizofrenia que dura 5 meses. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución estable en la condición original en 3 meses; forma hebefrénica. El tratamiento dura 42 días (27.XII.37—6.II.38), con 9 ataques en 12 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 62 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 6 cc. El peso aumenta en 2,5 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año.

Caso 36.—M. Y., hombre, 32 años; antecedentes hereditarios desconocidos; constitución atlética, inseguro. A los 22 años presenta una fase paranoide, que dura 2 años. La psicosis se inicia de manera subaguda (los familiares creen que a raíz de su reciente divorcio); evolución progresiva en 3 meses; forma paranoide, con delusión sistematizada: ideas de persecución y de daño. El tratamiento dura 56 días (24.I—19.III.38), con 11 ataques en 20 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 208 cc; dosis inicial eficaz 11 cc, terminal 12 cc. El peso aumenta en 1 kgr. Remisión completa desde hace 11 meses.

Caso 38.—E. E., hombre, 28 años, padre de carácter explosivo, madre "nerviosa"; leptosómico, irritable. Precede a la iniciación de la psicosis fatiga mental por exceso de trabajo y falta de sueño. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución estable en 2 meses 10 días; forma paranoide. El comienzo se caracteriza por el establecimiento brusco de delusiones de influencia, de persecución, de grandeza y de transformación cósmica, que al ingresar a nuestro servicio tienen la forma delirante, esto es, con perturbación de la conciencia. Por momentos y aun por días el cuadro clínico parece corresponder a un estado delirante, otros al de un estupor con rasgos oniroideos. Pero hay días en que el estupor es francamente catatónico. Fuera de los estados de perturbación de la conciencia—no siempre con amnesia—, las manifestaciones clínicas dominantes son de índole esquizofrénica: autismo, ambivalencia, concretismo de lo espiritual, pensamientos hechos, substracción y publicación de ideas, negativismo, fenómenos de iteración, amaneramiento, impulsos insensatos etc. con el fondo paranoide relevante, ora más o menos disgregado ora sistematizado. El tratamiento dura 16 días (30.V—14.VI.38), con 5 ataques en 5 aplicaciones; cantidad total de

Cardiazol empleado 25 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 5 cc. El peso aumenta en 11 kgr. (en 23 días: 30. V—22.VI.38). Remisión completa desde hace 8 meses.

Caso 43.—N. N., hombre, 28 años; pícnico, hipertímico, débil mental. En la infancia padece de encefalitis. La psicosis se inicia de manera aguda, establecida de golpe; evolución estable en los 25 días previos a la cura; forma paranoide. El tratamiento dura 28 días (25.XI—22.XII.38), con 9 ataques en 9 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 45 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 5 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión completa desde hace 2 meses.

Caso 45.—M. F., mujer, 23 años, padre alcohólico, tuvo varias crisis de delirium tremens, madre hipertímica, abuela materna histérica, varias personalidades anormales en esta rama; constitución normotípica; caprichosa, indolente y débil de voluntad. A los 16 años tiene un episodio aparentemente esquizofrénico. La psicosis se inicia de manera gradual (la familia cree que es factor predisponente el sufrimiento de la madre durante varios meses con la enfermedad del segundo esposo (de la madre) y los conflictos familiares que surgen a la muerte de éste); evolución progresiva en 4 meses; forma hebefrénica con rasgos catatónicos marcados. El tratamiento dura 27 días (18.II—16.III.38), con 9 ataques en 10 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 59 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7,5 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace 11 meses.

Caso 47.—B. V., mujer, 18 años, abuelo paterno pobre de sentimientos y padre de carácter explosivo, madre débil mental de grado ligero; constitución normotípica, pobre de sentimientos, débil mental. A los 13 años tiene una crisis de "nervios" fugaz. La psicosis se inicia de manera subaguda (la familia cree que a raíz de unos amores contrariados); evolución progresiva en 20 días; forma catatónica. Al principio dominan delusiones polimorfas con alucinaciones, claros síntomas de desposesión y pensamiento embrollado. Después de pocos días el cuadro clínico se torna francamente catatónico, con episodios de estupor. El tratamiento dura 110 días (13.VIII—30.XI.38), con 22 ataques en 24 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 162 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 6 kgr. Remisión completa desde hace 2 y 1/2 meses.

Caso 48.—P. E., mujer, 42 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, extravertida. A los 19 años tiene una psicosis como la actual, que dura 5 meses. La enfermedad se inicia de manera aguda; la precocidad de la intervención terapéutica (18 días después) no ha permitido observar más evolución que la debida al efecto del Cardiazol; forma paranoide. La psicosis comienza con una revelación delusional acerca de la política europea, con ideas de referencia, falsos reconocimientos e interpretaciones fantásticas, con un fondo angustioso. Poco después la angustia aumenta y, *pari passu*,

las interpretaciones terroríficas: desconfía de todos y se siente bajo el influjo de fuerzas hostiles: el médico es un hipnotizador que priva de libertad a su alma. Por último su estado mental alterna entre fases de delusión delirante, con ideas de persecución y daño, y de agitación. Esto último domina el cuadro después del efecto de las primeras inyecciones. El tratamiento dura 22 días (13.VIII—3.IX.38), con 5 ataques en 12 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 116 cc; dosis inicial eficaz 14 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 1 kgr. Remisión completa desde hace más de 5 meses.

Caso 52.—O. N., mujer, 31 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica; no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución progresiva lenta en 4 meses; forma simple. El tratamiento dura 39 días (6.IV—14.V.37), con 11 ataques en 15 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 130 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 3.2 kgr. Remisión completa desde hace 9 meses.

Caso 55.—C. M., mujer, 35 años, la madre y la hermana de personalidad anormal, "muy nerviosas"; constitución normotípica. A los 31 años tiene una manifestación psicósica paranoide. La psicosis actual se inicia de manera aguda; evolución progresiva en 1 mes; forma paranoide. El tratamiento dura 41 días (1.XII.37—10.I.38), con 7 ataques en 12 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 66 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. Remisión completa desde hace más de 1 año.

Caso 57.—T. V., mujer, 38 años, padre alcohólico y hermano esquizofrénico; leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. A los 34 años tiene un episodio esquizofrénico y otro posteriormente. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución lenta en 2 meses; forma simple. El tratamiento dura 49 días (19.VII—7.IX.37), con 13 ataques en 15 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 81 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 5 meses.

Caso 64.—C. A., mujer, 29 años, padres "nerviosos"; pícnica con ligeros estigmas degenerativos, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva en más de 3 meses; forma catatónica. El tratamiento dura 71 días (4.XI.37—13.I.38), con 20 ataques en 21 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 137 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace 1 año y 1 mes.

Caso 66.—D. M., mujer, 24 años, un hermano esquizofrénico, varias personalidades psicopáticas en la familia; constitución normotípica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva en 3 meses; forma catatónica. El tra-

tamiento dura 53 días (11.I.—4.III.38), con 11 ataques (luxación del maxilar en el 7º) en 11 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 55 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 5 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 11 meses.

Caso 69.—C. S., mujer, 35 años; leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva en 33 días; forma catatónica. El tratamiento dura 75 días (8.III—21.V.38), con 20 ataques en 22 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 139 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 6 kgr. Remisión completa desde hace 9 meses.

Caso 70.—A. A., mujer, 37 años, padre y hermano débiles mentales; pícnica, infantil, débil mental. Presenta 3 episodios esquizofrénicos (a los 27 a los 28 y a los 32 años). La psicosis se inicia de manera gradual; evolución lenta en 3 meses con exacerbaciones de carácter catatónico; forma hebefrénica. El tratamiento dura 74 días (15.III—27.V.38), con 20 ataques en 23 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 130 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 7 cc. El peso disminuye en 2 kgr. Remisión completa desde hace 9 meses.

Caso 75.—I. B., mujer, 19 años; constitución normotípica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva en 2 meses; forma catatónica. El tratamiento dura 73 días (11.VII—20.IX.38), con 20 ataques en 20 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 118 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 6 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace 5 meses.

Caso 77.—J. G., mujer, 17 años, padre alcohólico, madre "nerviosa"; leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución con los caracteres de agudeza inicial en 12 días; forma catatónica. El tratamiento dura 47 días (29.VII—13.IX.38), con 10 ataques en 11 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 101 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace más de 5 meses.

Caso 81.—A. V., mujer, 14 años, constitución todavía no bien definida, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en 5 meses, forma catatónica. El tratamiento dura 33 días (25.X—26.XI.38), con 8 ataques en 8 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 40 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 5 cc. El peso aumenta visiblemente. Remisión completa desde hace 3 meses.

Caso 82.—H. S., mujer, 35 años, numerosos miembros de la familia son de personalidad anormal; constitución afine al tipo pícnico, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva en 1 mes; forma paranoide. El tratamiento dura 50

días (29.XI.38—16.I.39), con 12 ataques en 14 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 83 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión social (si no completa) desde hace 1 mes.

Caso 84.—M. M., mujer, 39 años, padre y tíos muy "nerviosos", un hermano esquizofrénico; constitución normotípica, extravertida y muy supersticiosa. La psicosis se inicia de manera aguda con fuerte metrorragia y cefalea; evolución progresiva en 4 meses; forma paranoide. Los síntomas más saltantes del comienzo de la psicosis son las ideas de influencia y la agitación. Después, persistiendo las delusiones de influencia y persecución, surgen impulsos sexuales (sobre todo exhibicionismo) con delusiones eróticas. El tratamiento dura 50 días (8.IX.—27.X.38), con 14 ataques en 14 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 94 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace 4 meses.

Caso 85.—T. M., mujer, 20 años, leptosómica, introvertida e impresionable, desarrollo intelectual precoz y superior. La psicosis se inicia de manera aguda en la convalecencia de sarampión; evolución progresiva en 2 meses; forma catatónica. La enfermedad comienza con desesperación, inversión de los afectos, agresividad, negativismo e ideas de perjuicio. Ulteriormente se intensifica el negativismo y domina el cuadro clínico junto con otros síntomas catatónicos. El tratamiento dura 78 días (8.XI.38—24.I.39), con 21 ataques en 22 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 128 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace 1 mes.

Caso 86.—E. G., mujer, 41 años; leptosómica, introvertida y de temple lábil. Presenta crisis nerviosas frecuentes. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución progresiva en 5 meses; forma paranoide. Delusiones polimorfas, con predominio de las místicas, y estados de éxtasis; a veces se cree "un perro rabioso", si no habla de los mensajes telepáticos acerca de los sucesos mundiales. El tratamiento dura 52 días (3. XII.38—24.I.39), con 15 ataques en 16 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 126 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, dosis terminal 9 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión completa desde hace 1 mes.

Caso 87.—R. U., mujer, 36 años, padre y hermanos "nerviosos", una histérica e hipertiroidea; constitución normotípica, irritable, indisciplinada y débil de voluntad. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva en 2 meses; forma hebefrénica. El tratamiento dura 16 días (26.I.—10.II.39), con 5 ataques en 5 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 40 cc; dosis inicial eficaz 8 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión completa desde hace 15 días.

GRUPO B

Caso 1.—F. N., hombre, 26 años, con madre "nerviosa" y varios hermanos esquizotímicos; constitución atlética con rasgos eunucoides. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en 9 meses; forma paranoide con larga fase catatónica. El tratamiento dura 56 días (19.III.—12 V. 37), con 13 ataques en 20 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 175 cc; dosis inicial eficaz 6 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 9 meses.

Caso 5.—E. N., hombre, 47 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnico; personalidad premórbida desconocida. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en 7 meses; forma paranoide (esquizofrenia tardía). El tratamiento dura 16 días (9.V.—24.V.37), con 5 ataques en 6 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 29 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 5 cc. El peso disminuye en 2 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 8 meses.

Caso 19.—A. R., mujer, 23 años, el padre sufrió melancolía de involución, madre de temple lábil; displástica, excéntrica, introvertida, caprichosa y débil de voluntad, débil mental. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva con exacerbaciones en 1 año y 3 meses; forma paranoide con prolongados episodios catatónicos. El tratamiento dura 64 días (20. III—22.V.37), con 20 ataques en 24 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 143,5 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Mejoría apreciable pero fugaz. Se repite la cura (4 y 1/2 meses más tarde) con 101 cc de Cardiazol en 67 días (9.X—15.XII.37), con 18 ataques en 20 aplicaciones; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 6 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión social desde hace más de 1 año y 3 meses

Caso 21.—S. A., mujer, 22 años, la abuela materna probablemente esquizofrénica, un tío materno esquizofrénico, un hermano esquizoide con desarrollo paranoide y síntomas esquizomorfos; constitución displástica, infantil. A los 20 años reacción esquizomorfa o psicosis esquizofrénica que dura 4 meses. La psicosis presente se inicia de manera gradual; evolución progresiva en 10 meses; forma catatónica. El tratamiento dura 47 días (6.XI—22. XII.37), con 11 ataques en 14 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 76 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 2 meses.

Caso 29.—M. G., hombre, 26 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico, introvertido, desarrollo intelectual precoz. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en 10 meses; forma paranoide. El tratamiento dura 125 días (20.XI.37—22.III.38), con 27 ataques en 42 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 408 cc; dosis inicial

eficaz 6 cc, terminal 12 cc. El peso aumenta en 9 kgr. Resultado nulo. Se trata después a M. G. con insulina.

Caso 34.—J. P., hombre, 18 años, padre psicópata, madre de temple lábil; leptosómico, débil de voluntad e introvertido, débil mental. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución progresiva en 1 año; forma paranoide con marcados rasgos de hebefrenia. El tratamiento dura 105 días (23. XII.37—9.IV.38), con 30 ataques en 34 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 230 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 1 kgr. Mejoría notable que se mantiene desde hace 10 meses.

Caso 39.—C. V., hombre, 22 años, padre colérico; pícnico, irritable, impulsivo y díscolo. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en 1 año y 5 meses; forma catatónica. El tratamiento dura 103 días (30.V.—10.IX.38), con 30 ataques en 30 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 285 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 11 cc. El peso aumenta en 1 kgr. Resultado nulo. En la actualidad, próxima a terminarse una nueva cura con Cardiazol, se halla en remisión.

Caso 42.—A. S., hombre, 24 años, un hermano tiene un episodio de psicosis (con internamiento), otro es débil de voluntad y excéntrico; 1 tío paterno sufre crisis convulsivas; 1 tío materno psicópata y 1 tía probablemente esquizofrénica; leptosómico. A los 18 años tiene una fase esquizofrénica, que dura 4 meses aproximadamente. La psicosis se inicia de manera gradual a raíz de un estado de preocupación por dificultades económicas; evolución lentamente progresiva (exacerbándose después de más de 1 año) en más de 1 año y 6 meses; forma hebefrénica. Al ingresar a nuestro servicio presenta pseudopercepciones: falsos reconocimientos, "voces", alucinaciones cenestésicas; delusiones polimorfas a base de ideas de daño, de agresión homosexual, de cataclismos inminentes; se cree dotado del don de profesía y por momeneos angustiado a causa de lo que va a suceder. Durante algunos días parece hallarse en estado oniroideo. Pero lo que es más notable en el curso de su psicosis son las actitudes y expresiones necias y el pensamiento típicamente esquizofrénico. El tratamiento dura 19 días (7—25.XI. 38), con 6 ataques en 6 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 50 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 5 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace 3 meses.

Caso 44.—A. T., hombre, 18 años, abuelo materno de temple lábil, madre irritable; leptosómico, de temple lábil. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución intermitente en más de 11 meses; forma paranoide, con una delusión sistematizada, con contenido erótico-persecutorio e hipocondríaco y alucinaciones auditivas, verbales y cenestésicas. Por lo demás, el paciente está lúcido y, animado del deseo de sanar, sigue toda la cura visitando el consultorio externo de nuestro servicio. El tratamiento dura 71 días, (16 IX—25.XI.38), con 20 ataques en 20 aplicaciones; cantidad total de Cardia-

zol empleado 144 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión completa desde hace más de 3 meses.

Caso 49.—B. P., mujer, 30 años, el padre sufre de parálisis general; pícnica, introvertida y deprimida. La psicosis se inicia de manera aguda a raíz de un proceso febril postpartum; evolución progresiva en 10 meses, forma catatónica, que no cede a ninguno de los tratamientos (piroterapia, narcosis prolongada etc.). El tratamiento dura 36 días (27.X—2.XII.37), con 11 ataques en 15 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 82 cc; dosis inicial eficaz 3 cc, terminal 7,5 cc. El peso aumenta 9 kgr. (después de la cura muchos más). Remisión completa desde hace 1 año y 3 meses.

Caso 50.—R. P., mujer, 30 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica (aunque de baja estatura), introvertida. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución de disgregación progresiva en 1 año y 4 meses; forma catatónica, con marcados rasgos paranoides. El tratamiento dura 56 días (22.II—19.IV.38), con 11 ataques en 19 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 172 cc; dosis inicial eficaz 3 cc; terminal 16 cc. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión completa desde hace 10 meses.

Caso 56.—N. K., mujer, 27 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica; no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva en 6 meses; forma paranoide. El tratamiento dura 110 días (19.VII—7.XI.37), con 30 ataques en 34 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 239 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 9 cc. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 3 meses.

Caso 60.—M. B., mujer, 33 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómica; no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en 1 año y 3 meses; forma catatónica. El tratamiento dura 101 días (2.IX—11.XII.37), con 30 ataques en 34 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 200 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 4,6 kgr. Resultado nulo.

Caso 65.—C. J., mujer, 34 años, constitución afine al pícnico, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en más de 6 meses; forma paranoide. El tratamiento dura 193 días (15.XI.37—27.V.38), con 26 ataques en 31 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 274 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 10 cc. El peso disminuye en 2 kg. Resultado nulo. Se la trata después con insulina, igualmente sin resultado. En la actualidad se repite la cura con Cardiazol.

Caso 71.—M. C., mujer, 26 años, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en

más de 1 año; forma catatónica. El tratamiento dura 101 días (6.IV—15.VII.38), con 20 ataques en 23 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 179 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 10 cc. Mejoría (casi remisión social). El tratamiento tal vez ha sido deficiente.

Caso 72.—I. C., mujer, 23 años; displástica, introvertida, desconfiada, díscola y supersticiosa, aparentemente débil mental. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución lenta en 1 año aproximadamente, con la exacerbación que motiva su internamiento; forma simple. El tratamiento dura 74 días (8.IV—20.VI.38), con 20 ataques en 20 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 103 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. El peso no varía. Resultado nulo. El tratamiento tal vez ha sido insuficiente.

Caso 76.—M. B., mujer, 24 años, varios miembros de la familia "nerviosos" e irritables, sobre todo un hermano; displástica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en 7 meses; forma paranoide. El tratamiento dura 53 días (14.VII—5.IX.38), con 15 ataques en 17 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 140 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 10. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión completa desde hace más de 5 meses.

Caso 79.—B. R., mujer, 39 años; leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en más de 1 año; forma catatónica. El tratamiento dura 70 días (23.VIII—31.X.38), con 18 ataques en 19 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 156 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace 4 meses.

Caso 80.—Y. A., mujer, 27 años; constitución normotípica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en más de 1 año; forma paranoide. El tratamiento dura 73 días (6.X—17.XII.38), con 20 ataques en 20 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 124 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 2 meses.

GRUPO C

Caso 4.—M. S., hombre, 34 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico, indisciplinado e impulsivo, inteligencia mediocre. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución lentamente progresiva, con episodios agudos, en 6 años; forma simple. El tratamiento dura 41 días (8.V—18.VI.37), con 11 ataques en 15 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 97 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 8 y 1/2 kgr. Remisión completa desde hace 1 año y 8 meses.

Caso 7.—O. N., hombre, 20 años, con padres de carácter anormal, irritables, de temple lábil, y un primo esquizofrénico; pícnico introvertido, soñador y pobre de sentimientos, desarrollo intelectual precoz, inteligencia brillante. A los 15 años tiene una crisis de labilidad emocional que le cambia el carácter. La psicosis se inicia de manera aguda (después del cambio de carácter) con gran terror ante una convulsión política sangrienta; evolución progresiva en 2 o 5 años; forma catatónica. El tratamiento dura 120 días (9.IV—8.VIII.37), con 30 ataques en 35 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 264 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 9 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Mejorías fugaces. O. N. es tratado después con insulina.

Caso 8.—J. Z., hombre, 41 años, con antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución intermitente en 4 años; forma paranoide. El tratamiento dura 120 días (16.IV—13.VIII.37), con 30 ataques en 37 aplicaciones; cantidad total del Cardiazol empleado 304 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Mejoría fugaz. J. Z. es tratado después con insulina.

Caso 9.—N. G., hombre, 28 años, con padre de carácter anormal, 4 de los 5 hermanos esquizoides y un primo esquizofrénico (caso 7); constitución normotípica, impulsivo, soñador, rencoroso, desarrollo intelectual precoz. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva con intermitencias en 3 años y 4 meses; forma paranoide, con rasgos hebefrénicos. El tratamiento dura 165 días (24.III—9.VIII.37), con 34 ataques en 46 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 440 cc; dosis inicial eficaz 8 cc, terminal 11 cc. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión social que dura 2 meses. Recidiva.

Caso 10.—O. S., hombre, 37 años, constitución próxima a la leptosómica, caprichoso, egoísta, rebelde, impulsivo, apasionado. La psicosis se inicia de manera subaguda a raíz de un fracaso en la vida política; evolución progresiva en 3 años; forma paranoide. El tratamiento dura 113 días (7.VI—30.IX.37), con 30 ataques en 38 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 353 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 11 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión social que dura 4 meses. Recidiva.

Caso 11.—S. Z., hombre, 29 años, con un hermano esquizoide y una hermana neuropática; pícnico; desarrollo intelectual precoz, capacidad superior. La psicosis se inicia de manera gradual con cambio de carácter; evolución progresiva en 8 años; forma paranoide al principio (1 año) después francamente catatónica. El tratamiento dura 116 días (7 VI.—30.IX.37), con 30 ataques en 37 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 276 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 9 cc. El peso aumenta en 7 kgr. Mejoría moderada des-

pués de haber tenido casi remisión de todos los síntomas durante la cura. Después S. Z. es sometido a tratamiento con insulina.

Caso 15.—A. de A., mujer, 32 años, con padre de personalidad paranoide, anafectivo, y madre histérica; pícnica, egocéntrica, coartada, tímida, débil de volutad y desconfiada, debilidad mental leve. La psicosis se inicia de manera gradual en situación familiar permanentemente incómoda; evolución progresiva en 4 años; forma peranoide. El tratamiento dura 136 días (2.VI.—15.X.37), con 30 ataques en 33 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 182 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7,25 cc. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 4 meses.

Caso 16.—C. N., hombre, 26 años, la familia niega antecedentes; leptosómico, extravertido hasta los 18 años, después introvertido, tímido y fanático del comunismo. El comienzo de la psicosis coincide con su persecución por motivo de sus actividades políticas; evolución progresiva en más de 3 años; forma catatónica. El tratamiento dura 143 días (29.VII—20.XII.37), con 30 ataques en 56 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 763 cc; dosis inicial eficaz 10 cc, terminal 16 cc. El peso disminuye en 3 kgr. Mejoría. Después C. N. es sometido a la cura con insulina.

Caso 17.—C. R., mujer, 29 años, con madre de temple lábil, lo mismo que una hermana; leptosómica, introvertida e infantil, debilidad mental leve. A los 12 años psicosis, que se inicia con fiebre, de tipo esquizofrénico, cura después de 8 meses. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución progresiva, con episodios febriles, en 6 años; forma catatónica. El tratamiento dura 115 días (4.VIII—27.XI.37), con 30 ataques en 32 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 188 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. El peso disminuye en 2 kgr. Mejoría notable pero fugaz. Recidiva a los pocos días. Se repite la cura con 144 cc de Cardiazol, 12 ataques en 15 aplicaciones. Se mantiene la notable mejoría lograda, desde hace casi 1 año.

Caso 18.—E. H., hombre, 40 años, con un hermano esquizofrénico; constitución normotípica; toxicomanía de los 22 a los 23 años, después donjuanismo. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en 6 años; forma paranoide. El tratamiento dura 130 días (5.VIII—14.XIII.37), con 34 ataques (4 de ellos incompletos) en 40 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 359 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 12 cc. El peso disminuye en 4 kgr. Remisión social. Recidiva después de 4 meses, pero ha quedado bastante mejor que antes de la cura, sobre todo en lo que atañe a la vida activa transitiva.

Caso 22.—D. N., hombre, 28 años, padre alcohólico crónico, madre de temple lábil, una tía paterna esquizofrénica y una tía materna alienada (esquizofrénica?); leptosómico, esquizoide. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en más de 5 años; forma paranoide. El trata-

miento dura 116 días ((7.IX—31.XII.37), con 30 ataques en 35 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 230 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 8 cc. El peso baja en 2 kgr. Mejoría pasajera.

Caso 23.—S. K., hombre, 56 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico. Se ignora el comienzo de la psicosis, que evoluciona en más de 6 y ½ años; forma catatónica. El tratamiento dura 59 días (19.VI—16.VIII.37), con 14 ataques en 15 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 80 cc; dosis inicial eficaz 4 cc. No se termina la serie por presentarse complicaciones: disentería amebiana y después gangrena pulmonar. El paciente fallece el 24.VIII.37, verificándose a la autopsia lesiones renales probablemente tuberculosas.

Caso 24.—N. S., hombre, 29 años, padre de temple lábil, alcohólico, madre irritable; constitución atlética, débil de voluntad, pobre de sentimientos, impulsivo, etc.; desarrollo intelectual mediocre. En la pubertad padece de neurastenia. La psicosis se inicia de manera subaguda; evolución progresiva en 7 años; forma catatónica. El tratamiento dura 88 días (12.VII—7.X.37), con 12 ataques (1 incompleto) en 25 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 115 cc; dosis inicial eficaz 8 cc, terminal 11 cc. El peso disminuye en 7 kgr. El tratamiento se interrumpe por presentarse una córticopleuritis tuberculosa. El paciente fallece el 27.XI.37.

Caso 25.—O. O., hombre, 35 años, la madre sufrió melancolía de involución; leptosómico, falto en absoluto de interés por la mujer, capacidad intelectual superior. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución con intermitencias en 14 años; forma paranoide. El 4.XI.37 se empieza el tratamiento. Al tercer ataque (5a aplicación) se produce la fractura del cuello anatómico del fémur derecho. A pesar de no haber sido posible mantener al paciente en la postura adecuada para la consolidación, camina cojeando relativamente poco, sin apoyo alguno.

Caso 26.—E. A., hombre, 35 años, un tío paterno y un primo hermano (caso 3) esquizofrénicos; constitución normotípica, no hay datos precisos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el principio de la psicosis; lo que sí se sabe es que antes de los 25 años comenzó ésta en Inglaterra; permaneció hospitalizado varios meses y salió mejorado, pero no sano. Desde entonces evoluciona el proceso, en que se destacan los impulsos destructores y de agresión en un fondo de anafectividad y egocentrismo rencoroso con algunas ideas paranoides inconsistentes; evolución con alternativas en más de 10 años; forma atípica. El tratamiento dura 135 días (6.V—14.IX.37), con 30 ataques en 48 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 345 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 11 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Mejoría que se mantiene más de 1 año y 3 meses.

Caso 28.—A. F., hombre, 31 años; leptosómico, débil de voluntad y pobre de sentimientos, desarrollo intelectual deficiente. Tartamudo. Desde los 20

años politoxicomanía. La psicosis se inicia de manera subaguda, tal vez influída en algo por el abuso del alcohol, tabaco, café y por períodos morfina; evolución progresiva en 2 años; forma paranoide con rasgos y episodios hebefrénicos. El tratamiento dura 139 días (16.IX.37—1.II.38), con 30 ataques en 37 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 355 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 12 cc. El peso aumenta en 1 kgr. Mejoría que dura más de 1 año.

Caso 30.—A. S., hombre, 34 años; constitución normotípica, tímido, inseguro y sensitivo. A los 26 años tiene un episodio paranoide, hallándose en el extranjero. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución progresiva en más de 3 años; forma paranoide, delusión de influencia sistematizada, con una parálisis del yo de las más típicas. El tratamiento dura 135 días (20.XI.37—5.IV.38), con 30 ataques en 34 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 236 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Resultado nulo. Después A. S. es tratado con insulina.

Caso 31.—L. M., hombre, 22 años, padre de carácter muy violento, tío materno alcohólico; leptosómico, indisciplinado introvertido, desconfiado, caprichoso y rebelde. La psicosis se inicia de manera gradual a raíz de un traumatismo craneano con pérdida de la conciencia que dura 2 horas; evolución progresiva en más de 4 años; forma catatónica, con negativismo muy acentuado y fases de agitación correspondientes al tipo de la psicosis. El tratamiento dura 166 días (16.XII.37—31.V.38), con 30 ataques en 38 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 260 cc; dosis inicial eficaz 6 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 1 kgr. Mejoría (cesan los impulsos de destrucción y agresión).

Caso 32.—F. S., hombre, 33 años, padre de carácter muy violento, madre irritable; constitución próxima al tipo pícnico, introvertido, impresionable e irritable, desarrollo intelectual tardío y mediocre. La psicosis se inicia de manera subaguda (la familia cree que a raíz de una revolución—la misma que perturbó la mente del caso 7); evolución progresiva en 5 años; forma paranoide, con abundantes alucinaciones verbales y cenestésicas en conexión con sus delusiones sistematizadas de influencia y persecución. El tratamiento dura 142 días (21.XII.37—9.V.38), con 30 ataques en 37 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 244 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso disminuye en 1,5 kgr. Resultado nulo. Después es tratado con insulina.

Caso 37.—J. C., hombre, 28 años, tres abuelos de carácter irritable, madre irritable; constitución próxima a la leptosómica, pugnaz. Desde los 21 años se embriaga con frecuencia y mastica coca. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución progresiva en 5 años; forma catatónica con

fase inicial paranoide. El tratamiento dura 104 días (2.V—12.VIII.38), con 30 ataques en 30 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 188 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 9 kgr. Mejoría estable desde hace 6 meses.

Caso 40.—H. S., hombre, 37 años, madre díscola, propensa a las reacciones querellantes, 8 tíos paternos de personalidad anormal, 3 tíos maternos de carácter explosivo, 1 hermano esquizoide hipocondriaco, 1 hermana histérica y otro hermano suicida; leptosómico, excesivamente desconfiado y susceptible en el trato social. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución progresiva en 2 años 10 meses; forma paranoide, dominada por delusiones de referencia y persecución, sistematizadas y con muy pocas alucinaciones auditivas, visuales y cenestésicas. El tratamiento dura 28 días (26.VII—23.IX.38), con 9 ataques en 9 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 51 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 5 cc. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión completa de menos de 1 mes. Recidiva. A pesar de haberse notado el buen efecto desde la 1ª iny., y de haber sanado con la serie de 9 aplicaciones, no fué posible reiniciar la cura con Cardiazol por resistencia del paciente. Ha sido sometido a la acción mixta de Cardiazol e insulina en la forma "aditiva" propuesta por Georgi.

Caso 41.—M. C., hombre, 37 años, padre de carácter violento, abuela materna y tía paterna alienadas; pícnico, introvertido. A los 14 años tiene un episodio de psicosis que dura 2 meses. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución intermitente en más de 5 años; forma simple, con episodios de desasosiego, agresividad, propensión al uso de coca y alcohol y manifestaciones de piromanía. El tratamiento dura 19 días (31.X—18.XI.38), con 6 ataques en 6 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 81 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 10 cc. El peso no varía (es obeso). Mejoría; desaparición de los síntomas (aparentemente, remisión social).

Caso 46.—V. G., mujer, 31 años, abuelos paternos de carácter irritable, padre psicasténico, madre de temple lábil; pícnica, introvertida, débil mental. La psicosis se inicia de manera aguda; evolución progresiva, con fases de estacionamiento, en 15 años; forma catatónica después de iniciarse con caracteres de paranoide. El tratamiento dura 100 días (14.X.38—21.I.39), con 30 ataques en 31 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 196,5 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta 1 kgr. Mejoría ligera.

Caso 51.—M. P., mujer, 32 años; leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva hacia el deterioro en 2 años; forma hebefrénica, con episodios de agitación violenta. El tratamiento dura 51 días (27.III—16.V.37), con 11 ataques en 22 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 166 cc; do-

sis inicial eficaz 4 cc, terminal 10 cc. El peso disminuye en 2 kgr. Mejoría. Tratamiento insuficiente con Cardiazol; después es tratada con insulina y tiene remisión completa.

Caso 53.—A. G., mujer, 34 años, familia en **status degenerativus:** un hermano epiléptico y una hermana histérica, tío toxicómano y prima esquizofrénica, por la rama materna, varias personalidades psicopáticas; pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución con intermitencias en 15 años; forma hebefrénica con episodios catatónicos. El tratamiento dura 34 días (13.IV—16.V.37), con 7 ataques en 16 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 106 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 1,2 kgr. Resultado nulo. La cura fué incompleta por el reducido número de ataques provocados.

Caso 54.—A. V., mujer, 30 años; leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución con intermitencias en 12 años; forma hebefrénica. El tratamiento dura 25 días (14.V—9.VI.37), con 12 ataques en 14 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 114 cc; dosis inicial eficaz 6 cc, terminal 10 cc. El peso aumenta en 1,5 kgr. Resultado nulo. Tratamiento incompleto.

Caso 58.—F. C., mujer, 20 años; constitución normotípica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución lenta en 2 años; forma simple. El tratamiento dura 95 días (27.VII—29.X.37), con 16 ataques en 18 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 110 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 2, 5 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 4 meses.

Caso 59.—G. K., mujer, 32 años, 2 hermanas esquizofrénicas hospitalizadas; leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución lenta en 7 años; forma hebefrénica. El tratamiento dura 58 días (2.IX—29.X.37), con 16 ataques en 18 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 132 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 1.5 kgr. Resultado nulo. Tratamiento incompleto. Es digno de anotarse que con el tratamiento ha cambiado la forma de esquizofrenia, haciéndose francamente catatónica.

Caso 61.—A W., mujer, 36 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución afine al tipo pícnico, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva, aparentemente demencial en 9 años; forma catatónica (paranoide al comienzo). Durante su larga permanencia en el hospital A. W. ha presentado variadas manifestaciones. En un principio dominan ciertas interpretaciones a base de delusiones persecutorias polimorfas, sobre todo de agresión homosexual, dentro de un estado de relativa lucidez. Después predomina la irascibilidad y la agitación. La hidroterapia, la ergoterapia y el nucleina.

to de soda a dosis piretógena no dan ningún resultado. Progresiva y lentamente decae su actividad psíquica: ya no puede expresarse en alemán, inglés o francés, idiomas que dominaba a la perfección. En 1930, después de una disentería amebiana, presenta un cuadro de neuritis, probablemente carencial, que la mantiene tullida durante 6 meses. El deterioro mental prosigue hasta 1935, y desde entonces hasta 1937 permanece negativista, destructora y gatosa. A pesar de ser asistida con toda solicitud la quiebra mental se acentúa. Con la cura convulsivante recupera el goce de todas sus aptitudes, inclusive las de políglota. El tratamiento dura 184 días (7.IX.37—7.III.38), con 30 ataques en 38 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 267 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa. Recidiva a los 3 meses. Tratada después con una serie incompleta (por producirse la luxación del maxilar) mejora notablemente.

Caso 62.—E. T., mujer, 32 años; constitución normotípica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en 4 y 1/2 años; forma paranoide con episodios catatónicos. El tratamiento dura 64 días (2.X.—4.XII.37), con 12 ataques en 18 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 112 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión social desde hace 1 año y 2 meses. Tratamiento incompleto a causa de las reacciones de la paciente.

Caso 63.—A. S., mujer, 28 años; leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución lenta en 6 años; forma hebefrénica. El tratamiento dura 61 días (5.X—4.XII.37), con 14 ataques en 17 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 99 cc; dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Notable mejoría, prácticamente remisión, que se pierde en parte después de 3 meses. Una serie ulterior (incompleta) vuelve a producir mejoría. En la actualidad se halla en cura, 3ª serie.

Caso 67.—V. M., mujer, 28 años, ambos padres irritables, hermana nerviosa; constitución leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución lenta en más de 2 años; forma simple. El tratamiento dura 81 días (21.I.—11.IV.38), con 20 ataques en 22 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 144 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión completa desde hace más de 10 meses.

Caso 68.—B. G., mujer, 25 años; leptosómica, se ignora las características de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución lentamente progresiva en 6 años; forma simple, con fase aguda catatónica al iniciarse el tratamiento. Este dura 78 días (28.I—18.IV.38),

con 15 ataques en 20 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 127 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión completa desde hace 10 meses.

Caso 73.—E. P., mujer, 27 años; leptosómica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en 2 años 2 meses; forma catatónica. El tratamiento dura 168 días (18.IV—2.X.38), con 26 ataques en 27 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 156 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 7 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Resultado nulo. El tratamiento ha sido hecho en dos etapas, la primera con 18 ataques, la segunda con 8, por lo cual puede considerarse incompleto. Después se emplea la insulina, igualmente sin resultado.

Caso 74.—A. M., mujer, 15 años, padre de personalidad psicopática; constitución afine a la atlética, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. La psicosis se inicia de manera gradual; evolución con exacerbaciones en 2 años y 5 meses; forma simple. El tratamiento dura 92 días (23.V—22.VIII.38), con 20 ataques en 24 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 152 cc; dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 9 cc. El peso disminuye en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 6 meses.

Caso 78.—N. P., mujer, 32 años, rama materna muy tarada; constitución afine al pícnico, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución desconocida en 12 años; forma paranoide. El tratamiento dura 100 días (22.VII—29.X.38), con 30 ataques en 30 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 156 cc.; dosis inicial eficaz 6 cc; terminal 8 cc. El peso disminuye en 2 kgr. Mejoría.

Caso 83.—I. L., mujer, 24 años, padre de temple lábil, algunos tíos "nerviosos", un hermano esquizoide; constitución pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Se ignora el comienzo de la psicosis; evolución progresiva en 2 años; forma paranoide. El tratamiento dura 64 días (8.XI.38—10.I.39), con 14 ataques en 17 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 170 cc; dosis inicial eficaz 6 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace 1 y 1/2 meses.

II

ENFERMOS TRATADOS CON INSULINA

La técnica que hemos puesto en práctica es la que hoy se llama "clásica", salvo que seguimos el criterio de **Sakel** de no llegar al coma en los estados de catatonía estuporosa o agitada, y aplicamos el método de "zigzag" de **von Braunmühl** y el de la "dosis

fraccionada'' en los insulino-resistentes, además de otras innovaciones de menor momento, todas expuestas en nuestro trabajo en colaboración con los Drs. Valega y Gutiérrez Noriega sobre el tratamiento de 76 esquizofrénicos con insulina. (*).

96 son los casos de que nos ocupamos ahora: 57 mujeres y 39 hombres. Todas las mujeres son enfermas del servicio del Dr. Fernando Loayza, con cuya autorización — que agradecemos vivamente — se ha instalado la correspondiente estación de insulina. Dejando de lado por el momento aquellos 5 (1 del grupo B y 4 del C) en que se interrumpe la cura por presentarse complicaciones graves, tenemos el siguiente **resultado terapéutico según la antigüedad de la esquizofrenia** en 91 casos:

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Remisión completa	45	7	3	55
Remisión social	2	6	5	13
Mejoría	2	6	8	16
Sin modificación	0	3	4	7
Suma	49	22	20	91

El rsultado en relación **con la forma de esquizofrenia** se distribuye, para los 91 casos, del modo que indica el cuadro que sigue:

	Grupo A				Grupo B				Grupo C				Total
	RC	RS	M	SM	RC	RS	M	SM	RC	RS	M	SM	
Simple	2	0	0	0	0	1	3	0	0	1	0	0	7
Hebefrénica	2	0	1	0	2	0	0	1	0	1	0	1	8
Catatónica	20	1	1	0	1	2	2	1	0	0	6	0	34
Paranoide	21	0	1	0	4	2	1	1	3	3	2	3	41
Atípica	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Suma	45	1	3	0	7	5	7	3	3	5	8	4	91

(*).—Revista de Neuro-Psiquiatría, 1938, N° 4.

La **esquizofrenia a repetición** se presenta, según los datos, en 5 casos, la remisión ocurre en 4 de ellos. Se ignora si han tenido o no manifestaciones previas de esquizofrenia 9 de los demás casos.

En lo que atañe al **tiempo transcurrido desde el comienzo de la remisión,** la distribución de los casos curados (eliminados los de recidiva) es la que muestra el cuadro siguiente de observación post-mórbida:

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Total
Más de 1 año	14	2	0	16
De ½ a 1 año	13	6	3	22
Menos de ½ año	17	3	0	20
Suma	44	11	3	58

Los casos de **recidiva** son 10: 2 del grupo A, 2 del grupo B y 6 del grupo C. De los 2 agudos (grupo A) uno, el caso 93, es una enferma catatónica, con psicosis que dura cerca de 6 meses, cura con una segunda aplicación del método; el otro caso, 131, también mujer y catatónica, con 4 meses de enfermedad, que recidiva después de 7 meses de remisión completa. De los 2 del grupo B, la enferma 142, catatónica con 8 meses de psicosis, logra una remisión completa, que pierde después de 7 meses; y, nuevamente tratada, se consigue remisión social, hace 2 meses; el otro caso, 145, una paranoide, pierde la remisión completa a los 5 meses y no se logra modificarla con una segunda cura. Con los 6 casos del grupo C ocurre lo siguiente: 1º, el caso 163, con esquizofrenia paranoide de 1 año 8 meses, que recidiva después de 3 meses de remisión completa; en el curso de la segunda cura fallece el paciente; 2º, el caso 164, con proceso paranoide de 1 año y 8 meses de antigüedad, el cual recidiva después de 2 meses; 3º, el caso 166, también de esquizofrenia paranoide, con 1 año 9 meses de evolución: pierde la remisión social lograda después de 3 meses; una segunda aplicación del tratamiento determina nueva remisión social; 4º, el caso 177, igualmente paranoide antiguo (de 3 años y 1 mes de psicosis) recidiva después de 2 meses de disfrutar de remisión completa: con la segunda cura sólo tiene mejoría; 5º, otro paranoide, el caso 178, con 4 años de enfermedad, tiene una remisión social que se

esfuma a los 3 meses; 6º, el último, 182, paranoide como los otros 5, con 4 años de proceso, tiene remisión social que dura 3 meses, quedando mejor que antes del tratamiento.

Entre las **complicaciones** importantes merecen atención las siguientes: En el grupo A hemos tenido el coma prolongado en 2 casos (95 y 97); el **status epilepticus** se presenta en 3 casos (95, 99 y 131); la fractura del cuello anatómico del húmero, comprobada a los rayos X, que se produce en el caso 110 a consecuencia de los ataques epileptiformes; la misma causa determina luxación del pie en el caso 132; la activación de un proceso tuberculoso pulmonar, comprobado radiológicamente en el enfermo 94. En estos tres casos se presenta no sólo la curación de la enfermedad mental sino de la intercurrente. De los 49 enfermos del grupo, sólo 21 no tienen complicaciones.

En el grupo B tenemos comas prolongados en 2 casos (140 y 159); **status epilepticus** en un enfermo (159); un caso de tuberculosis pulmonar (137), que mejora notablemente en el servicio de infecto-contagiosos del Hospital y es sacado por la familia, sin que conozcamos su estado al presente. En este grupo se presenta también un caso grave de bronconeumonía con pleuresía (151), que termina con la muerte del paciente; la antigüedad de la psicosis en este caso es de cerca de año y medio. De los 23 esquizofrénicos del grupo B, 13 no tienen complicación alguna.

En el grupo C las principales complicaciones son el coma muy prolongado en un caso (180), que lo tiene 3 veces, llegando a durar en una de ellas 37 horas, a pesar de lo cual salva el paciente con remisión social que se mantiene desde hace 7 meses. Esta complicación, con signos de hemorragia cerebral, tiene como secuela transitoria afasia, ataxia locomotriz y otros síntomas neurológicos. Las demás complicaciones saltantes de este grupo son las 4 letales: 1 bronconeumonía (162), 1 bronconeumonía con gangrenar pulmonar (169), 1 gangrena pulmonar (163) y 1 edema agudo del pulmón (183)*. De los 24 enfermos del grupo C sólo en 9 no se presentan complicaciones.

(*).—En nuestro trabajo con los Drs. Valega y Gutiérrez-Noriega se explica los 5 casos de **exitus letalis** que hemos tenido con la insulina. v. **Revista de Neuro-Psiquiatría**, 1938, Nº 4.

GRUPO A

Caso 88.—S. G., hombre, 30 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico, introvertido. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo y evolución progresiva durante cerca de 6 meses. El tratamiento sólo dura 13 días (30.VIII—11.IX.37); 12 días de insulina. Llega a tener únicamente intensos estados hipoglicémicos, que en dos ocasiones se aproximan al precoma. Total de insulina 390 unidades. El peso aumenta en 2 kgr. Complicación: disentería amebiana—motivo por el cual se interrumpe el tratamiento, quedando el paciente en un estado mental que primero se muestra como remisión social y después como completa, en conjunto, desde hace más de 1 año y 4 meses.

Caso 89.—V. B., hombre, 26 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnico, introvertido, susceptible y egoísta. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo y evolución progresiva durante cerca de 6 meses. El tratamiento dura 34 días (6.IX—9.X.37); 29 días de insulina; 2 comas; 4 horas de coma; 3 ataques epileptiformes; total de insulina 770 unidades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 31 u. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 4 meses.

Caso 90.—A. P., mujer, 14 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, introvertida, desconfiada, susceptible, irritable, egoísta. A los 13 años tiene un episodio esquizofrénico. La psicosis, esquizofrenia paranoide, se inicia de manera gradual; evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 57 días (15.IX—10.XI.37); 48 días de insulina; 34 comas; 59 horas de coma; 6 ataques epileptiformes; total de insulina 2175 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 50 u. El peso aumenta en 13 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 2 meses.

Caso 91.—J. A., mujer, 23 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, supersticiosa, introvertida e impulsiva. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución progresiva durante 2 meses. El tratamiento dura 59 días (15.IX—29.X.37); 52 días de insulina; 27 comas; 56 horas de coma; total de insulina 3,150 unidades, el primer coma con 65 u., cérmino medio de las dosis ulteriores 68 u. El peso aumenta en 5 kgr. Después de terminado el tratamiento tiene fiebre con características de paludismo. Remisión completa desde hace más de 1 año y 3 meses.

Caso 92.—E. S., mujer, 22 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, extravertida, egoísta, irascible. A los 14 años tiene la primera manifestación de esquizofrenia, que remite después de 2 años de internamiento. La psicosis actual, esquizofrenia paranoide, se inicia de mane-

ra gradual; evolución lenta en 4 meses. El tratamiento dura 46 días (15.IX—30.X.37); 40 días de insulina; 19 comas; 32 horas de coma; total de insulina 2010 unidades, el primer coma con 65 u., término medio de las dosis ulteriores 58 u. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 3 meses.

Caso 93.—M. R., mujer, 34 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, supersticiosa, desconfiada, violenta. Esquizofrenia catatónica de comienzo agudo, evolución rápida en 6 meses. El tratamiento dura 75 días (20.IX—4.XII.37); 56 días de insulina; 28 comas; 48 horas de coma; total de insulina 1437 unidades, el primer coma con 35 u., término medio de las dosis ulteriores 32 u. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión completa. Recidiva después de 6 meses. Se reinicia el tratamiento que dura 100 días (10.VI—17.IX.38); 75 días de insulina; 53 comas; 128 horas de coma; 5 ataques epileptiformes; total de insulina 1280 unidades, el primer coma con 40 u., término medio de las dosis ulteriores 25 u. El peso (que siguió aumentando en 17 kgr.) con la segunda cura gana 2 kgr. más. Remisión completa desde hace más de 4 meses.

Caso 94.—A. V., hombre, 24 años, padre anafectivo, madre "nerviosa"; leptosómico, irritable, susceptible y desconfiado, débil mental de grado menor; tortícolis crónica, raquitismo, afonía. Esquizofrenia catatónica agitada de comienzo gradual, evolución progresiva en 6 meses. El tratamiento dura 153 días (27.IX.37—26.II.38); 79 días de insulina; 60 comas; 80 horas de coma; total de insulina 2445 unidades, el primer coma con 40 u., término medio de las dosis ulteriores 30 u. (Descansa dos semanas por haber presentado febrículas y cuando se reinicia el tratamiento la dosis media es de 42 u.). El peso aumenta en 5 kgr. Tiene gripe y posteriormente franca explosión de tuberculosis pulmonar. Al finalizar el tratamiento se han modificado favorablemente todos los síntomas, inclusive la afonía crónica. Remisión completa desde hace más de 11 meses.

Caso 95.—T. C., hombre, 17 años, padre indolente, irritable, débil mental leve, supersticioso; madre "nerviosa" y pleitista; pícnico, indolente e irritable. A los 4 años sufre 2 ataques convulsivos; delira en los estados febriles; reciente traumatismo cefálico con pérdida de la conciencia. Esquizofrenia hebefrénica de comienzo gradual, evolución progresiva en 6 meses. El tratamiento dura 71 días (6.IX.—15.XI.37); 42 días de insulina; 24 comas; 28 horas de coma; 40 ataques epileptiformes (tiene **status epilepticus** y comas prolongados); total de insulina 1320 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 36 u. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 3 meses.

Caso 96.—A. R., hombre, 18 años, abuelo paterno violento, padre alcohólico, "nervioso"; constitución normotípica, irritable, introvertido, susceptible. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución rápida en 3

meses. El tratamiento dura 22 días (15.XI—6.XII.37); 19 días de insulina; 14 comas; 15 horas de coma; 1 ataque epileptiforme; total de insulina 1,040 unidades, el primer coma con 80 u., término medio de las dosis ulteriores 67 u., El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 2 meses.

Caso 97.—E. S., hombre, 43 años, abuelo paterno "medio trastornado", padre alcohólico, se suicidó, madre "nerviosa"; constitución normotípica, impulsivo, violento, supersticioso. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución progresiva en 4 meses. El tratamiento dura 14 días (16.XI—29.XI.37); 10 días de insulina; 2 comas, 12 horas de coma; total de insulina 345 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 49 u. El peso permanece inalterable. Complicación: espasmo de la glotis en un coma prolongado. Después del accidente anotado se presenta la remisión completa; el paciente, sabiendo que debe descansar, pide permiso por horas y no vuelve más. La remisión se ha consolidado y se sabe que trabaja de chauffeur, con toda regularidad, desde hace 1 año y 2 meses.

Caso 98.—G. C., mujer, 25 años, padre alcohólico, madre violenta, un hermano esquizofrénico, una prima psicópata internada; pícnica, introvertida, desconfiada, irritable. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 26 días (19.XI—14.XII.37); 22 días de insulina; 6 comas, 13 horas de coma; total de insulina 1020 unidades, el primer coma con 80 u., término medio de las dosis ulteriores 57 u. El peso aumenta en 6 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 2 meses.

Caso 99.—A. S., mujer, 23 años, abuelo, padre y dos hermanos tuberculosos, 8 hermanos "nerviosos"; pícnica, "nerviosa", susceptible, retraída, desarrollo intelectual precoz. Esquizofrenia simple de comienzo subagudo, evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 102 días (23.VIII—3.XII.38); 75 días de insulinas; 17 comas; 21 horas de coma; 11 ataques epileptiformes y una fase de **status epilepticus**; total de insulina 3398 unidades, el primer coma con 35 u., término medio de las dosis ulteriores 54 u. El peso aumenta en 9 kgr. Complicaciones: forunculosis, gripe. Remisión completa desde hace más de 2 meses.

Caso 100.—E. Z., mujer, 24 años, madre suicida, sufre dos episodios de enfermedad mental; pícnica, introvertida, supersticiosa, egoísta, tímida. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual precedida de dismenorrea, evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 29 días (3.XII.37—1.I.38); 25 días de insulina; 9 comas; 13 horas de coma; total de insulina 923 unidades, el primer coma con 55 u., término medio de las dosis ulteriores 44 u. Complicación: disentería amebiana. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 1 mes.

Caso 101.—L. O., mujer, 16 años, abuelos y madre "muy nerviosos"; constitución normotípica, fuertemente introvertida, tímida, irritable, díscola, egoísta. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 36 días (6.XII.37—11.I.38); 32 días de insulina; 16 comas; 18 horas de coma; 1 ataque epileptiforme; total de insulina 1461 unidades, el primer coma con 55 u., término medio de las dosis ulteriores 47 u. El peso aumenta en 7 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 1 mes.

Caso 102.—V. G., hombre, 20 años, el abuelo paterno sufrió trastornos mentales, abuelos y padres "nerviosos", irritables, la madre padece de jaquecas; pícnico, introvertido, desconfiado y tímido. Esquizofrenia catatónica de comienzo agudo a raíz de amenazas policiales, evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 22 días (10.XII—31.XII.37); 17 días de insulina; 5 comas; 10 horas de coma; total de insulina 398 unidades; el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 33 u. El peso aumenta en 6 kgr. Remisión completa desde hace más de 1 año y 1 mes.

Caso 103.—B. H., mujer, 28 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómica, introvertida, desconfiada e impresionable. Esquizofrenia de forma catatónica agitada de comienzo agudo a raíz de sufrir condena "injustamente"; evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 35 días (13.XII.37—17.I.38); 31 días de insulina; 24 comas; 39 horas de coma; total de insulina 576 unidades, el primer coma con 30 u., término medio de las dosis ulteriores 19 u. El peso aumenta en 5,5 kgr. Remisión completa hace más de 1 año y 2 meses.

Caso 104.—A. B., mujer, 20 años, antecedentes familiares desconocidos; pícnica, supersticiosa, epileptoide. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 68 días (13.XII.37—19.II.38); 51 días de insulina; 26 comas; 69 horas de coma; 2 ataques epileptiformes; total de insulina 3,010 unidades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 42 u. (después de un período de descanso sube a 62 u.). El peso aumenta en 9 kgr. Remisión completa desde hace 1 año.

Caso 105.—E. M., mujer, 38 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómica, introvertida, supersticiosa y tímida. Esquizofrenia de forma catatónica agitada de comienzo agudo, evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 26 días (12.I.—7.II.38); 22 días de insulina; 14 comas; 35 horas de coma; total de insulina 670 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 32 u. El peso aumenta en 3 kgr. Complicación: disentería amebiana. Remisión completa desde hace más de 1 año.

Caso 106.—C. B., hombre, 21 años; pícnico, asimetría craneal y cicatrices de serios traumatismo cefálicos. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva en 6 meses, con exacerbaciones a causa de excesos alcohólicos. El tratamiento dura 40 días (10.I.—19.II.38); 35 días de

insulina; 15 comas; 19 horas de coma; 1 ataque epilepeiforme; total de insulina 1740 unidades, el primer coma con 100 u., término medio de las dosis ulteriores 59 u. El peso aumenta en 10 kgr. Remisión completa desde hace 1 año.

Caso 107.—B. R., mujer, 28 años, antecedentes familiares desconocidos; pícnica, carácter explosivo, libertina, débil mental de grado leve. Esquizofrenia paranoide, de comienzo agudo, evolución progresiva en 6 meses. El tratamiento dura 99 días (20.VII—27.X.38); 44 días de insulina; 28 comas; 64 horas de coma; total de insulina 2,110 unidades; el primer coma con 90 u., término medio de las dosis ulteriores 32 u. El peso aumenta en 11 kgr. Complicaciones: disentería amebiana y síndrome pelagroide, del cual cura con vitaminas. Remisión completa desde hace más de 3 y ½ meses.

Caso 108.—P. M., hombre, 22 años, abuela paterna alcohólica, violenta, los otros alcohólicos, padre violento, impulsivo, alcohólico, luético, madre violenta y hermanos "nerviosos"; leptosómico, introvertido, mujeriego, alcohólico, débil mental. Esquizofrenia catatónica de comienzo subagudo, evolución gradual con intermitencias en 3 meses. El tratamiento dura 40 días (10.I—19.II.38); 35 días de insulina; 9 comas; 13 horas de coma; total de insulina 1050 unidades, el primer coma con 45 u., término medio de las dosis ulteriores 33 u. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión completa desde 1 año.

Caso 109.—J. V., hombre, 28 años, abuelos y padres violentos y "nerviosos"; leptosómico, introvertido, tímido, supersticioso, de temple lábil. Esquizofrenia catatónica, de comienzo gradual, evolución progresiva en 4 meses. El tratamiento dura 61 días (10.I.—12.II.38); 36 días de insulina; 10 comas; 14 horas de coma; total de insulina 1010 unidades, el primer coma con 45 u., término medio de las dosis ulteriores 28 u. El peso aumenta en 7 kgr. Complicación: disentería amebiana. Remisión completa desde hace más de 11 meses.

Caso 110.—M. M., hombre, 22 años; madre de carácter explosivo; pícnico, introvertido, tímido, desconfiado. Esquizofrenia de forma catatónica agitada, de comienzo agudo, evolución progresiva en 2 meses. El tratamiento dura 205 días (7.II—28.IX.38); 106 días de insulina; 80 comas; 98 horas de coma; 12 ataques epileptiformes; total de insulina 4789 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 48 u. El peso aumenta en 16 kgr. Complicación: uno de los ataques epileptiformes produce la fractura del cuello anatómico del húmero (27.VII.38). Remisión completa desde hace más de 4 y 1/2 meses.

Caso 111.—E. R., mujer, 25 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómica, extravertida, veleidosa, indolente libertina y alcohólica. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 6 meses. El tratamiento dura 80 días (8.II—28.V.38); 69 días de insulina; 55 comas; 68 horas de coma; total de insulina 2970 unidades, el primer coma con

75 u., término medio de las dosis ulteriores 45 u. El peso aumenta en 13 kgr. Remisión completa desde hace más de 8 y ½ meses.

Caso 112.—E. V., mujer, 30 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómica, introvertida, tímida, "nerviosa" y supersticiosa. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución con exacerbaciones en 4 meses. El tratamiento dura 86 días (8.II—4.VI.38), 32 días de insulina; 13 comas; 24 horas de coma; 1 ataque epileptiforme; total de insulina 1,055 unidades, el primer coma con 30 u., término medio de las dosis ulteriores 32 u. El peso aumenta en 10 kgr. Complicaciones: trastornos gastrointestinales agudos y forunculosis. Remisión completa, desde hace más de 8 meses.

Caso 113.—E. M., mujer, 21 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica. introvertida. tímida e impresionable. A los 18 años tiene el primer episodio psicósico durante 8 meses. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo. evolución en 4 meses, estabilizada después de la fase aguda inicial. El tratamiento dura 90 días (8.II—9.VI.38); 66 días de insulina; 42 comas; 59 horas de coma; total de insulina 2810 unidades, el primer coma con 75 u., término medio de las dosis ulteriores 45 u. El peso aumenta en 6 kgr. Complicación: cuadro gastrointestinal agudo, vómitos. Remisión completa desde hace más de 8 meses.

Caso 114.—A. H., hombre, 23 años, padre hipertímico; pícnico, introvertido, indeciso e hipertímico. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva en 4 meses. El tratamiento dura 131 días ((14.III—23. VII.38); 98 días de insulina, 65 comas; 71 horas de coma; 3 ataques epileptiformes; total de insulina 6100 unidades, el primer coma con 110 u., término medio de las dosis ulteriores 83 u. El peso aumenta en 7 kgr. Complicación: gripe. Remisión completa desde hace más de 6 y 1/2 meses.

Caso 115.—A. Y., mujer, 26 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica. Esquizofrenia de forma catatónica agitada de comienzo gradual, evolución con exacerbaciones en 4 meses. El tratamiento dura 89 días (18.IV—16.VII.38); 57 días de insulina; 33 comas; 60 horas de coma; 1 ataque epileptiforme; total de insulina 1615 unidades, el primer coma con 25 u., término medio de las dosis ulteriores 30 u., El peso aumenta en 10 kgr. Complicación: forunculosis. Remisión completa desde hace 7 y 1/2 meses.

Caso 116.—M. M., mujer, 26 años, abuelo paterno alcohólico, abuela materna irascible, padre violento e impulsivo, madre "nerviosa", sufre de ataques, dos tíos paternos alcohólicos han sufrido alteraciones mentales, un hermano esquizofrénico; pícnica, introvertida, presuntuosa y quisquillosa. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 4 meses. El tratamiento dura 79 días (28.IV—16.VII.38); 45 días de insulina; 18 comas; 35 horas de coma; 2 ataques epileptiformes; total de insulina 1,245 unidades, el primer coma con 50 u.; término medio de las dosis ulteriores 34 u. El

peso aumenta en 2 kgr. Complicación: disentería amebiana y trastornos gástricos. Remisión completa desde hace 7 ½ meses.

Caso 117.—J. A., mujer, 17 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómica, introvertida, quisquillosa, desconfiada, engreida y supersticiosa. Esquizofrenia hebefrénica de comienzo agudo, evolución progresiva en 6 meses. El tratamiento dura 47 días (30.V—16.VII.38); 33 días de insulina; 15 comas; 29 horas de coma; 1 ataque epileptiforme; total de insulina 513 unidades, el primer coma con 30 u., término medio de las dosis ulteriores 18 u. El peso aumenta en 5 kgr. Complicaciones: amigdalitis, trastornos gastrointestinales y febrículas vespertinas efímeras. Remisión completa desde hace 7 y 1/2 meses.

Caso 118.—I. R., hombre, 27 años, hermanos alcohólicos, uno es violento; pícnico, personalidad premórbida psicopática, fanático. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo a raíz de sufrir persecuciones políticas, evolución progresiva en 6 meses. El tratamiento dura 89 días (6.VI—3.IX.38), 52 días de insulina; 34 comas; 53 horas de coma; total de insulina 2210 unidades, el primer coma con 40 u., término medio de las dosis ulteriores 50 u. El peso aumenta en 5 kgr. Complicación: gripe. Remisión completa desde hace más de 5 meses.

Caso 119.—V. H., mujer, 44 años, padre alcohólico; constitución normotípica, introvertida, desconfiada, tímida. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en cerca de 6 meses. El tratamiento dura 66 días (20.VII—26.IX.38); 32 días de insulina; 21 comas; 56 horas de coma; total de insulina 835 unidades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 29 u. El peso disminuye en 1 kgr., aumenta después de la remisión. Complicaciones: gripe, vómitos biliosos, trastornos gastrointeseinales. Remisión completa desde hace más de 5 meses.

Caso 120.—A. M., mujer, 27 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en cerca de 6 meses. El tratamiento dura 52 días (8.VIII—26.IX.38); 46 días de insulina; 38 comas; 88 horas de coma; total de insulina 1735 unidades, el primer coma con 40 u., término medio de las dosis ulteriores 41 u. El peso aumenta en 12 kgr. Remisión completa desde hace más de 5 meses.

Caso 121.—M. P., mujer, 22 años, antecedentes familiares desconocidos; pícnica. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva aproximadamente en 6 meses. El tratamiento dura 38 días (15.VIII—23.IX.38); 17 días de insulina; 11 comas; 33 horas de coma; 1 ataque epileptiforme; total de insulina 605 unidades, el primer coma con 45 u., término medio de las dosis ulteriores 38 u. El peso aumenta en 5 kgr. Complicación: trastornos gastroïntestinales agudos, febrículas. Remisión completa desde hace más de 5 meses.

Caso 122.—A. M., hombre, 17 años, abuela paterna "nerviosa", abuela materna luética, explosiva, padre y madre explosivos; constitución normotípica, introvertido, de temple lábil. En 1936 tiene trastornos mentales que al parecer abortaron: no hay datos precisos. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva en 6 meses. El tratamiento dura 55 días (29.VIII—22.X.38); 21 días de insulina; 8 comas; 11 horas de coma; total de insulina 810 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 45 u. El peso aumenta en 12 kgr. Complicación: proceso gripal. Remisión completa desde hace más de 4 meses.

Caso 123.—A. M., mujer, 18 años, padre alcohólico, madre "nerviosa"; leptosómica, irritable, altanera, egoísta, impresionable, desarrollo intelectual precoz. Esquizofrenia catatónica agitada de comienzo agudo, evolución estabilizada en el estado inicial, en 4 meses. El tratamiento dura 52 días (5.IX—27.X.38); 37 días de insulina; 7 comas; 16 horas de coma; total de insulina 1505 unidades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 48 u. El peso aumenta 7 kgr. Complicación: forunculosis y febrículas. Remisión completa desde hace más de 4 meses.

Caso 124.—E. H., mujer, 30 años, padre alcohólico, madre "nerviosa"; leptosómica, introvertida, susceptible e impresionable. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual y evolución progresiva en cerca de 6 meses. El tratamiento dura 52 días (5.IX—27.X.38); 35 días de insulina; 16 comas; 20 horas de coma; total de insulina 1615 unidades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 57 u. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión completa desde hace más de 4 meses.

Caso 125.—J. H., mujer, 36 años, madre alcohólica; pícnica, introvertida, celosa, de temple lábil. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución estabilizada en 4 meses. El tratamiento dura 39 días (9.IX—18.X.38); 32 días de insulina; 23 comas; 48 horas de coma; total de insulina 2000 unidades, el primer coma con 90 u., término medio de las dosis ulteriores 66 u. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión completa desde hace más de 4 meses.

Caso 126.—E. V., mujer, 30 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómica, introvertida, de temple lábil. Esquizofrenia simple de comienzo gradual, evolución progresiva aproximadamente en 6 meses. El tratamiento dura 40 días (21.XI—31.XII.38); 36 días de insulina; 21 comas; 43 horas de coma; total de insulina 2,210 unidades; el primer coma con 85 u., término medio de las dosis ulteriores 69 u. El peso aumenta en 17 kgr. Remisión completa desde hace 2 meses.

Caso 127.—J. B., hombre, 24 años, un hermano esquizofrénico; leptosómico, introvertido, tímido e irritable, desarrollo intelectual precoz. Esquizofrenia de forma catatónica agitada, de comienzo gradual, evolución progresiva. El tratamiento dura 109 días (29.VIII—16.XII.38); 86 días de insulina; 55 comas; 86 horas de coma; 4 ataques epileptiformes; total de insulina

4705 unidades, el primer coma con 85 u., término medio de las dosis ulteriores 63 u. El peso aumenta en 11 kgr. Remisión completa desde hace 2 meses.

Caso 128.—L. R., hombre, 28 años, abuelo paterno ''nervioso'', padre alcohólico, ''nervioso''; pícnico, introvertido, indolente y supersticioso. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva en 6 meses. El tratamiento dura 76 días (11.VII—26.IX.38); 63 días de insulina; 49 comas; 67 horas de coma; un ataque epileptiforme; total de insulina 4680 unidades, el primer coma con 90 u., término medio de las dosis ulteriores 79 u. El peso aumenta en 5 kgr. Se suspende el tratamiento por haber presentado un proceso bronconeumónico agudo: su condición se hace grave y la remisión se produce en el curso de la intercurrencia. Remisión completa desde hace más de 4 meses.

Caso 129.—J. P., hombre, 17 años, padre explosivo, madre alienada (probablemente esquizofrénica); leptosómico, inquieto, indolente y anafectivo. Esquizofrenia de forma catatónica agitada, de comienzo gradual, evolución progresiva en más de 5 meses. El tratamiento dura 117 días (22.VIII—17.XII.38); 93 días de insulina; 63 comas; 98 horas de coma; 6 ataques epileptiformes; total de insulina 5050 unidades, el primer coma con 95 u., término medio de las dosis ulteriores 57 u. El peso aumenta en 7 kgr. Remisión completa desde hace 2 meses.

Caso 130.—A. R., hombre, 30 años, abuelos maternos ''nerviosos'', padre violento y alcohólico, madre ''nerviosa'', cruel, anafectiva con trastornos nerviosos, tío materno ''nervioso'', una tía materna esquizofrénica; pícnico, violento, impulsivo e indolente. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución estabilizada en más de 5 meses. El tratamiento dura 82 días (10.I.—2.IV.38); 69 días de insulina; 38 comas; 40 horas de coma; un ataque epileptiforme; total de insulina 3490 unidades, el primer coma con 75 u., término medio de las dosis ulteriores 58 u. El peso aumenta en 7 kgr. Remisión completa desde hace más de 10 meses.

Caso 131.—M. R., mujer, 18 años, padre irritable, extravertido, madre irritable, hermanos impulsivos, caprichosos; normotípica (talla pequeña), introvertida, impresionable, irritable y tímida. Esquizofrenia de forma catatónica agitada, de comienzo agudo, evolución progresiva en 4 meses. El tratamiento dura 187 días (20.IX.37—26.III.38); 54 días de insulina; 24 comas; 34 horas de coma; 19 ataques epileptiformes subintrantes después de un coma prolongado; total de insulina 775 unidades, el primer coma con 18 u., término medio de las dosis ulteriores 27 u. El peso aumenta en 7 kgr. Complicación: adinamia general con vómitos incoercibles, forunculosis, síndrome pelagroide, paludismo, disentería. Remisión completa que dura 7 meses. Recidiva. M. R. es tratada después con Cardiazol.

Caso 132.—C. D., hombre, 26 años, abuela paterna alcohólica, padre violento, alcohólico y luético; constitución normotípica, introvertido, dócil, indiferente con las mujeres, débil mental de grado ligero. Esquizofrenia paranoide de comienzo agudo, evolución progresiva en más de 5 meses. El tratamiento (en dos fases) dura 348 días (27.XII.37—10.XII.38); 208 días de insulina; 135 comas; 149 horas de coma; 5 ataques epileptiformes; total de insulina 13173 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 66 u., Peso: aumenta en 9 kgr. Complicaciones: luxación del pie durante un ataque. Remisión social después de la segunda cura (el efecto de la primera fué nulo). C. D. es sometido un mes más tarde al tratamiento con Cardiazol.

Caso 133.—C. A., mujer, 21 años, padre alcohólico, "nervioso"; pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia catatónica de comienzo subagudo, evolución progresiva en 4 meses. El tratamiento dura 105 días (15.III—28.VI.38); 62 días de insulina; 38 comas; 79 horas de coma; 1 ataque epileptiforme; total de insulina 893 unidades, el primer coma con 30 u., término medio de las dosis ulteriores 17 u. El peso aumenta en 2 kgr. Complicaciones: adinamia complicada de vómitos y febrículas. Mejoría. A los 22 días del comienzo de ésta se inicia el tratamiento con Cardiazol.

Caso 134.—L. H., hombre, 18 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico, extravertido, débil de voluntad, impresionable, tímido. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva en 5 meses. El tratamiento dura 131 días (7.III—16.VII.38); 70 días de insulina; 42 comas; 61 horas de coma; 2 ataques epileptiformes; total de insulina 3165 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 48 u. El peso aumenta en 14 kgr. Camplicación: disentería. Remisión social. A los 3 meses y 21 días de ésta se aplica Cardiazol.

Caso 135.—R. C., mujer, 18 años, abuela materna y madre "nerviosas", pícnica, extravertida, indolente, coqueta. Esquizofrenia hebefrénica de comienzo gradual, evolución progresiva en 6 meses. El tratamiento dura 51 días (30.V—21.VII.38); 39 días de insulina; 19 comas; 41 horas de coma; total de insulina 1605 unidades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 48 u. El peso aumenta en 5 kgr. Complicación: gripe. Mejoría. Se le aplica Cardiazol.

Caso 136.—J. A., mujer, 25 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia de forma catatónica agitada de comienzo gradual, evolución progresiva en menos de 6 meses. El tratamiento dura 99 días (7.X.38—14.I.39); 82 días de insulina; 55 comas; 111 horas de coma; total de insulina 4600 unidades, el primer coma con 65 u., término medio de las dosis ulteriores 60 u. El peso aumenta en 9 kgr. Remisión completa desde hace un mes.

GRUPO B

Caso 137.—Y. M., mujer, 24 años, antecedentes familiares desconocidos; pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 8 meses. El tratamiento dura 120 días (27.XII.37—28.IV.38); 69 días de insulina; 33 comas: 77 horas de coma; total de insulina 1.722 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 36 u. El peso disminuye en 6 kgr. Complicaciones: disentería, síndrome pelagroide, trastornos hepáticos y finalmente bronquitis tuberculosa. Remisión social desde hace más de 9 meses.

Caso 138.—D. C., hombre, 17 años, padre violento, irritable, "medio loco", anafectivo, madre de temple lábil, 4 hermanos irritables; pícnico, introvertido, de temple lábil, desarrollo intelectual precoz. Esquizofrenia hebefrénica de comienzo agudo, evolución progresiva con exacerbaciones en un año. El tratamiento dura 34 días (26. VII—28.VIII.37); 29 días de insulina; 14 comas; 10 horas de coma, un ataque epileptiforme; total de insulina 1465 unidades, el primer coma con 85 u., término medio de las dosis ulteriores 63 u. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace más de un año y 5 meses.

Caso 139.—G. B., hombre, 34 años, abuelo materno hipertímico, padre irritable, madre hipertímica, muy impresionable; leptosómico, introvertido, quisquilloso e irritable. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en un año. El tratamiento dura 54 días (6.VI.—30.VII.38); 44 días de insulina; 31 comas; 45 horas de coma; total de insulina 840 unidades, el primer coma con 30 u. término medio de las dosis ulteriores 35 u. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa desde hace más de 6 meses.

Caso 140.—F. de O., mujer, 27 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica (talla pequeña), no hay datos acerca de la personalidad premórbida, débil mental de grado ligero. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva en 8 meses. El tratamiento dura 48 días (27.VI—12.VIII.38); 34 días de insulina; 10 comas; 26 horas de coma; total de insulina 630 unidades, el primer coma con 45 unidades, término medio de las dosis ulteriores 30 u. El peso aumenta en 5 kgr. Complicaciones: comas prolongados y síntomas hipoglicémicos bastante alarmantes. Remisión completa desde hace más de 6 meses.

Caso 141.—V. A., hombre, 34 años, el padre sufrió un "ataque cerebral" y quedó inválido ("se le cuidaba como a un niño"). Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 8 meses. En 1931 tiene manifestaciones esquizofrénicas: mejora con tratamiento médico; en XI.37 re-

tornan dichas manifestaciones. El tratamiento dura 64 días (25.VIII—1.X.38); 54 días de insulina; 38 comas; 69 horas de coma; total de insulina 3,340 unidades, el primer coma con 95 u., término medio de las dosis ulteriores 72 u., un ataque epileptiforme. El peso aumenta en 6 kg. Remisión completa desde hace más de 4 meses.

Caso 142.—E. C., mujer, 15 años, antecedentes familiares desconocidos; normotípica, débil mental de grado ligero, introvertida, tímida, quisquillosa, engreída. Esquizofrenia catatónica, comienzo subagudo, evolución gradual en 8 meses. El tratamiento (en dos series) dura 188 días (22.XI.37—20.XII.38); 140 días de insulina; 65 comas; 124 horas de coma; total de insulina 7,645 unidades, el primer coma con 80 u., término medio de las dosis ulteriores 65 u. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión completa que dura 7 meses con la primera serie; remisión social con la segunda. Se le trata con Cardiazol.

Caso 143.—H. C., mujer, 17 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia simple de comienzo gradual, evolución progresiva en 10 meses. El tratamiento dura 85 días(7.X—31.XII.38); 72 días de insulina; 39 comas; 72 horas de coma; total de insulina 5,220 unidades, el primer coma con 115 u., término medio de las dosis ulteriores 79 u. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión social desde hace más de un mes. Después se le trata con Cardiazol.

Caso 144.—B. B., mujer, 23 años, antecedestes hereditarios desconocidos, pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva en 18 meses. El tratamiento dura 48 días (8.XI—27.XII.37); 41 días de insulina; 4 comas; 3 horas de coma (tratamiento activante, interrumpido por afección física); total de insulina 1,467 unñdades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 60 u. El peso disminuye en 2 kgr. Complicaciones: trastornos gastrointestinales. Mejoría. Se le trata después con Cardiazol.

Caso 145.—J. A. mujer, 23 años, antecedentes familiares desconocidos; pícnica, de "carácter fuerte", indolente. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 12 meses. El tratamiento dura (en dos series) 166 días (18.I—30.XII.38); 134 días de insulina; 77 comas; 137 horas de coma; total de insulina 10,115 unidades, el primer coma con 60 unidades en la primera serie, 100 u. en la segunda serie, término medio de las dosis ulteriores 59 y 160 u., respectivamente. El peso aumenta en 9 kgr. Remisión completa. Recidiva después de 6 meses (primera serie). No modificada con la segunda serie. Actualmente se le trata con Cardiazol.

Caso 146.—J. B., hombre, 27 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnico, nunca pudo adaptarse al medio en que vivió, introvertido, de temple lábil, Esquizofrenia atípica (paranoide depresiva) de comienzo gradual, evolu-

ción progresiva en 13 meses. El tratamiento dura 72 días (13.IX—24.XI.37); 42 días de insulina; 28 comas; 34 horas de coma; total de insulina 3,070 unidades, el primer coma con 90 u., término medio de las dosis ulteriores 73 u. El peso aumenta en 3 kgr. Complicaciones: vómitos biliosos. Mejoría. Un mes después de la cura de insulina es tratado con Cardiazol.

Caso 147.—A. R., mujer, 27 años, abuelos alcohólicos, padre alcohólico, explosivo; pícnica, débil mental de grado ligero, introvertida explosiva. Esquizofrenia catatónica agitada de comienzo gradual, evolución progresiva en 12 meses. El tratamiento dura 137 días (11.I—28.V.38); 105 días de insulina; 96 comas; 215 horas de coma; 13 ataques epileptiformes; 3,964 unidades de insulina, el primer coma con 45 u., término medio de las dosis ulteriores 34 u. El peso aumenta en 8 kgr. Complicaciones: trastornos gastrointestinales agudos. Mejoría. Después se le trata a A. R. con Cardiazol.

Caso 148.—M. Ch., hombre, 28 años, padres irritables, una hermana esquizofrénica; normotípico, débil mental de grado ligero, de temple lábil, "raro". Esquizofrenia simple de comienzo gradual, evolución progresiva en 12 meses. El tratamiento dura 61 días (30.VIII—30.X.37); 54 días de insulina; 43 comas; 67 horas de coma; total de insulina 1,965 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 39 u. El peso aumenta en 2 kgr. Mejoría. Se le trata después con Cardiazol.

Caso 149.—I. S., mujer, 26 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, débil mental de grado ligero, irritable. Esquizofrenia hebefrénica de comienzo gradual, evolución progresiva en 16 meses. El tratamiento dura 74 días (26.IX—20.XI.37); 34 días de insulina; 16 comas; 11 horas de coma; total de insulina 1630 unidades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 53 u. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace más de 14 meses.

Caso 150.—M. O., mujer, 22 años, padre explosivo; pícnica, introvertida, vanidosa, tímida, desconfiada, supersticiosa, irritable, terca. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en un año y 6 meses. El tratamiento dura 43 días (18.VII—31.VIII.38); 31 días de insulina; 12 comas; 26 horas de coma; total de insulina 1,637 unidades, el primer coma con 75 u., término medio de las dosis ulteriores 59 u. El peso no se modifica. Remisión social desde hace más de 5 meses.

Caso 151.—V. P., hombre, 24 años, el padre muere de un "ataque cerebral"; leptosómico. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución lentamente progresiva en un año y 6 meses. El tratamiento dura 16 días (11.VII—27.VII.38); 13 días de insulina; 6 comas; 9 horas de coma; total de insulina 420 unidades, el primer coma con 45 u., término medio de las dosis ulteriores 37 u. El peso disminuye en 8 kgr. Complicaciones: el 27.VII.38 tiene el último coma y despierta decaído, en la tarde está adinámico y febril,

en el transcurso de pocas horas se declaran francos signos de bronconeumonía; después de 27 días de enfermedad fallece. Durante el proceso intercurrente se acentúa la remisión social lograda.

Caso 152.—G. D., mujer, 15 años, abuelos irritables, abuelo paterno murió con arterioesclerosis, padre alcohólico, explosivo, madre irritable, supersticiosa; pícnica, introvertida, irritable, caprichosa, supersticiosa, tímida, desconfiada. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en un año y 6 meses. El tratamiento dura 148 días (13.I—11.V.38); 127 días de insulina; 76 comas; 57 horas de coma; total de insulina 11,690 unidades, el primer coma con 90 u.; término medio de las dosis ulteriores 95 u. (sólo en dosis fraccionadas, de lo contrario 125 u.); 17 ataques epileptiformes. El peso aumenta en 7 kgr. Remisión completa desde hace más de 9 meses.

Caso 153.—I. N., mujer, 15 años, abuelos impresionables, "nerviosos", padre alcohólico, irritable. impulsivo, madre explosiva, "nerviosa"; normotípica, introvertida, irritable, miedosa, supersticiosa, quisquillosa e impresionable. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en un año y 6 meses (2 años antes estaba "muy débil del cerebro"). El tratamiento dura 171 días (14.II—6.VIII.38); 126 días de insulina; 62 comas; 118 horas de coma; 9 ataques epileptiformes; total de insulina 7,515 unidades, el primer coma con 80 u., término medio de las dosis ulteriores 75 u. (dosis fraccionada porque adquiere gran resistencia). El peso aumenta en 9 kgr. Complicaciones: trastornos gastrointestinales. Remisión completa desde hace más de 6 meses.

Caso 154.—R. M., mujer, 35 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, introvertida, impresionable, supersticiosa, propensa al resentimiento. Esquizofrenia simple de comienzo gradual, evolución progresiva en 10 meses. El tratamiento dura 159 días (25.VII—31.XII.38); 120 días de insulina; 71 comas; 103 horas de coma; 2 ataques epileptiformes; total de insulina 9,895 unidades, el primer coma con 140 u., término medio de las dosis ulteriores 81 (fraccionadas). El peso disminuye en 3 kgr. Complicaciones: gripe, síndrome pelagroide. Mejoría desde hace más de un mes. Después es tratada con Cardiazol.

Caso 155.—R. P., mujer, 24 años, abuelo paterno alcohólico, irritable, impulsivo, padres "nerviosos", quisquillosos; normotípica, introvertida, de temple lábil, supersticiosa. Esquizofrenia catatónica agitada: iniciación gradual con caracteres paranoides, evolución progresiva al principio y después con exacerbaciones, en 10 meses. El tratamiento dura 152 días (19.I—18.VI.38): 84 días de insulina; 70 comas; 163 horas de coma; 2 ataques epileptiformes; total de insulina 3,258 unidades, el primer coma con 40 u., término medio de las dosis ulteriores 40 u. El peso aumentó en 5 kgr. Complicaciones: trastornos gastrointestinales. Remisión social desde hace más de 10 meses.

Caso 156.—M. M., mujer, 16 años, una hermana fué internada temporalmente por psicosis de forma aparentemente maníaca; leptosómica, anafectiva y débil de voluntad; débil mental. Esquizofrenia simple de comienzo gradual, evolución progresiva en 11 meses. El tratamiento dura 94 días (25.VII—26.X.38); 64 días de insulina; 44 comas; 101 horas de coma; total de insulina 5.580 unidades, el primer coma con 110 u., término medio de las dosis ulteriores 91 u. El peso aumenta en 8 kgr. Mejoría. Actualmente se la trata con Cardiazol.

Caso 157.—I. Y., hombre, 20 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica (de talla pequeña), indolente, débil de voluntad, débil mental. Esquizofrenia de forma catatónica agitada, de comienzo gradual, evolución progresiva en 10 meses. El tratamiento dura 180 días (4.VII—31.XII.38); 118 días de insulina; 102 comas; 143 horas de coma; 7 ataques epileptiformes; total de insulina 7,415 unidades, el primer coma con 90 u., término medio de las dosis ulteriores 67 u. El peso aumenta en 8 kgr. Resultado nulo. Actualmente se trata con Cardiazol.

Caso 158.—E. R., hombre, 29 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica, introvertido, egoísta, perezoso. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 9 meses. El tratamiento dura 131 días (22.VIII—31.XII.38); 106 días de insulina; 95 comas; 179 horas de coma; 5 ataques epileptiformes; total de insulina 6,795 unidades, el primer coma con 100 u., término medio de las dosis ulteriores 65 u. El peso aumenta en 6 kgr. Remisión social que dura pocos días. Recidiva a los 15 días. Sin embargo, la mejoría es notable.

Caso 159.—D. R., mujer, 14 años, el abuelo paterno fallece de un "ataque"; leptosómica, irritable, agresiva, mitómana, caprichosa. Al presentarse el período menstrual, a los 13 años de edad, se inician los síntomas; el mal se agrava al suspenderse las reglas 4 meses después. Esquizofrenia de forma hebefrénica, comienzo subagudo, evolución con exacerbaciones en 1 año. El tratamiento dura 99 días (7.X.38—14.I.39); 70 días de insulina; 41 comas; 72 horas de coma; 16 ataques epileptiformes, subintrantes en dos fases; total de insulina 3.980 unidades, el primer coma con 55 u., término medio de las dosis ulteriores 58 u. El peso aumenta en 8 kgr. Mejoría. Inmediatamente es sometida al tratamiento por el Cardiazol.

GRUPO C

Caso 160.—R. M., mujer, 22 años, padre alcohólico crónico, madre impresionable, irritable, susceptible en las relaciones sociales; pícnica, ripersensible, desconfiada y egoísta. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 1 año y 8 meses. El tratamiento dura 53 días (27.VI—

17.VIII.38); 43 días de insulina; 20 comas; 29 horas de coma; 1 ataque epileptiforme; total de insulina 1,535 unidades, el primer coma con 75 u., término medio de las dosis ulteriores 59 u. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión completa desde hace más de 6 meses.

Caso 161.—M. B., mujer, 29 años, madre esquizofrénica paranoide, hermanos de temple lábil, impresionables, egoístas, presuntuosos, indolentes; leptosómica, extravertida, vanidosa, sumamente irritable, caprichosa, indolente, irreligiosa. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en más de 1 año y 2 meses. El tratamiento dura 81 días (18.VII—8.X.38); 57 días de insulina; 22 comas; 49 horas de coma; prolongadas fases de convulsiones clónicas; total de insulina 3031 unidades, el primer coma con 54 u., término medio de las dosis ulteriores 60 u. El peso aumenta en 9 kgr. Resultado nulo (recidiva después de 23 días de aparente remisión completa).

Caso 162.—G. E., hombre, 31 años, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico, introvertido, egoísta, desconfiado, irritable y quisquilloso. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 1 año y 8 meses. El tratamiento dura 329 días (2.IX.37—28.VII.38); 73 días de insulina; 21 comas; 23 horas de coma; total de insulina 9,745 unidades, el primer coma con 140 unidades, término medio de las dosis ulteriores 186 u. El peso disminuye 10 kgr. Notable mejoría que no se mantiene. El día 28.VII.38, después de haber presentado trastornos gastrointestinales, se inicia un cuadro bronconeumónico que dura 22 días, al cabo de los cuales fallece.

Caso 163.—M. A., hombre, 36 años, abuelos paternos irritables, violentos, padre "nervioso", madre explosiva, un hermano alcohólico, una hermana "nerviosa"; constitución normotípica, introvertido, colérico e impulsivo. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en más de 1 año y 7 meses. El tratamiento dura 28 días (13.XII.37—8.I.38); 24 días de insulina; 15 comas; 26 horas de coma; total de insulina 990 unidades; el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 46 u. El peso aumenta en 7 kgr. Remisión completa que dura 3 meses. Recidiva. Se reinicia el tratamiento (6.V—24.VIII.38): 110 días, 54 días de insulina, 15 comas, 26 horas de coma; total de insulina 3,730 unidades, el primer coma con 65 unidades, término medio de las dosis ulteriores 82 u. El peso disminuye 10 kgr. Remisión completa. Después de 32 días el paciente falleció de gangrena pulmonar (26.IX.38).

Caso 164.—J. L., hombre, 46 años, madre explosiva, hermanos "nerviosos", una hermana es esquizofrénica; leptosómico, introvertido, impresionable, celoso, alcohólico, irritable. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 1 año y 8 meses. El tratamiento dura 164 días (3.XI.37—16.IV.38), 111 días de insulina; 54 comas; 108 horas de coma; total de insulina 5,970 unidades, el primer coma con 90 u., término medio de las dosis ulteriores 60 u. El peso aumenta en 10 kgr. Complicación:

disentería amebiana y gripe. Remisión completa que dura 2 meses. Recidiva. El estado del paciente se estabiliza en condición de mejoría. Después se le trata con Cardiazol.

Caso 165.—T. P., hombre, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico, irritable, impulsivo, egoista, débil mental. Esquizofrenia catatónica de comienzo subagudo, evolución progresiva con exacerbaciones en 2 años. El tratamiento dura 69 días (2.VIII—9.X.37); 60 días de insulina; 49 comas; 52 horas de coma; 6 ataques epileptiformes; total de insulina 3,290 unidades, el primer coma con 80 u., término medio de las dosis ulteriores 60 u. El peso aumenta en 8 kgr. Complicación: febrículas vespertinas. Mejoría. Después T. P. es tratado con Cardiazol.

Caso 166.—M. Ch., hombre, 25 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica, introvertido, propenso al resentimiento, irritable, impulsivo, desconfiado y temerario. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 1 año y 9 meses. El tratamiento dura 83 días (26.VII—16.X.37); 72 días de insulina; 61 comas; 76 horas de coma; total de insulina 3,835 unidades, el primer coma con 80 u., término medio de las dosis ulteriores 50 u. El peso aumenta en 9 kgr. Remisión social que dura 3 meses. Recidiva. Se reinicia el tratamiento: 139 días. (14.III—30.VII.38), 119 días de insulina; 75 comas; 125 horas de coma; 9 ataques epileptiformes; total de insulina 6,480 unidades, el primer coma con 80 u., término medio de las dosis ulteriores 50 u. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión social. Después se aplica Cardiazol.

Caso 167.—J. L., hombre, abuelos alcohólicos, padre alcohólico, un hermano suicida, otro irritable e impresionable; leptosómico, irritable, impulsivo, quisquilloso, de temple lábil. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 1 año y 10 meses. El tratamiento dura 187 días (14.II—30.VIII.38); 137 días de insulina; 110 comas; 157 horas de coma; 2 ataques epileptiformes; total de insulina 6,440 unidades, el primer coma con 85 u., término medio de las dosis ulteriores 50 u. El peso aumenta en 10 kgr. Complicación: trastornos gastrointestinales agudos. Mejoría después de 20 días de aparente remisión completa. Se le trata después con Cardiazol.

Caso 168.—C. V., mujer, abuelo paterno alcohólico, abuela paterna "nerviosa", abuelo materno epiléptico, padre amoral, anafectivo, irritable, madre epileptoide; pícnica, irritable, retraída y humilde, débil mental leve. Esquizofrenia de forma catatónica agitada, comienzo gradual, evolución progresiva en 2 años. El tratamiento dura 89 días (18.IV—16.VII.38); 70 días de insulina; 47 comas; 85 horas de coma; total de insulina 3,420 unidades, el primer coma con 65 u., término medio de las dosis ulteriores 47 u. El peso disminuye en 3 kgr. Complicación: trastornos gastrointestinales. Se interrumpe la cura

por el mal estado general del paciente. Mejoría. Después se le trata con Cardiazol.

Caso 169.—M. R., hombre, 74 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnico, se carece de datos acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva. El tratamiento dura 26 días (25.IV—20.V.38); 20 días de insulina; 2 comas; 3 horas de coma; 5 ataques epileptiformes; total de insulina 975 unidades, el primer coma con 90 u., término medio de las dosis ulteriores 90 u. Complicación: se suspende la cura por manifestarse un proceso bronconeumónico, el cual, después de 8 días, se complica con gangrena pulmonar, por cuya causa fallece el paciente.

Caso 170.—A. de M., mujer, 32 años, un hermano esquizofrénico paranoide, madre de carácter anormal; constitución normotípica (talla pequeña), introvertida, hipocondríaca, susceptible, supersticiosa y desconfiada. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución lentamente progresiva en 2 años. El tratamiento dura 121 días (14.VII—12.XI.38); 68 días de insulina; 52 comas; 133 horas de coma; total de insulina 2,420 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 36 u. El peso disminuye en 1 kgr. Resultado nulo. La enfermedad mental se ha agravado posteriormente y el estado físico está en decadencia.

Caso 171.—R. S., hombre, antecedentes hereditarios desconocidos; leptosómico, se carece de información acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva en 2 y ½ años. El tratamiento dura 69 días (2.VIII—9.X.37); 59 días de insulina; 49 comas; 83 horas de coma; total de insulina 2,710 unidades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 49 u. El peso aumenta en 6 kgr. Complicación: trastornos gastrointestinales (vómitos biliosos y diarreas). Mejoría. Después se aplica Cardiazol.

Caso 172.—C. M., mujer, 18 años, un tío materno esquizofrénico crónico, toda la familia psicopática; leptosómica, irritable, caprichosa, "chiflada", débil mental de grado medio. Esquizofrenia hebefrénica de comienzo gradual, evolución progresiva en 2 y ½ años. El tratamiento dura 75 días (31.I—16.IV.38); 50 días de insulina; 32 comas; 73 horas de coma; 1 ataque epileptiforme; total de insulina 1,379 unidades, el primer coma con 40 u., término medio de las dosis ulteriores 31 u. El peso aumenta en 10 kgr. Complicación: paludismo. Remisión social desde hace más de 10 meses, que se consolida al abandonar el hospital, convirtiéndose en remisión completa.

Caso 173.—W. R., hombre, 19 años, padres alcohólicos, de carácter anormal: distímicos, quisquillosos, impresionables, hermanos "nerviosos"; leptosómico, introvertido, tímido, quisquilloso, supersticioso e indeciso. Esquizofrenia de forma catatónica agitada, comienzo gradual, evolución progresiva en 3 años. El tratamiento dura 79 días (19.VII—29.IX.37); 63 días de insulina; 40 comas; 35 horas de coma; 2 ataques epileptiformes; total de insulina

4,900 unidades, el primer coma con 110 u., término medio de las dosis ulteriores 90 u. El peso aumenta en 3 kgr. Se suspende el tratamiento por presentarse una faringitis aguda. Mejoría. Es tratado con Cardiazol.

Caso 174.—T. C., hombre, 22 años, abuelos alcohólicos, irritables, padres irritables, supersticiosos y alcohólicos; pícnico, introvertido, tímido, hipocondríaco. Anteriormente presentó una crisis de la psicosis. Esquizofrenia catatónica de comienzo gradual, evolución progresiva en 3 años. El tratamiento dura 89 días (19.VII—9.X.37); 65 días de insulina; 44 comas; 63 horas de coma; total de insulina 2,787 unidades, el primer coma con 45 u., término medio de las dosis ulteriores 41 u. El peso aumenta en 9 kgr. Mejoría. T. C. es tratado después con Cardiazol.

Caso 175.—J. S., hombre, 22 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnico, introvertido, irritable, impulsivo, autoritario, supersticioso, soñador, holgazán, propenso a las falsas interpretaciones. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 3 años. El tratamiento dura 47 días (13.IX—30.X.37); 42 días de insulina; 29 comas; 69 horas de coma; total de insulina 1980 unidades; el primer coma con 75 u., término medio de las dosis ulteriores 68 u. El peso aumenta en 5 kgr. Mejoría después de 20 días de aparente remisión. Se hace una nueva cura de 133 días (25.XI.37—6.VI.38); 106 días de insulina; 76 comas; 99 horas de coma; 13 ataques epileptiformes; total de insulina 5,235 unidades, el primer coma con 80 u., término medio de las dosis ulteriores 56 u. El peso aumenta en 10 kgr. Remisión social. J. S. es tratado después con Cardiazol.

Caso 176.—S. M., mujer, 23 años, padre irritable, alcohólico, madre "nerviosa", rencorosa e irritable; constitución normotípica, extravertida, licenciosa, irritable, supersticiosa, indolente. Esquizofrenia catatónica de comienzo subagudo, evolución progresiva, con exacerbaciones, en 3 años. Ha tenido tres crisis esquizofrénicas anteriormente. El tratamiento dura 66 días (15.IX—20.XI.37); 58 días de insulina; 22 comas; 43 horas de coma; total de insulina 1970 unidades, el primer coma con 60 u., término medio de las dosis ulteriores 65 u. El peso aumenta en 17 kgr. Mejoría. Es tratada después con Cardiazol.

Caso 177.—L. de C., mujer, 27 años, abuela paterna alienada, padre "medio loco", irritable, quisquilloso, holgazán; madre irritable, alcohólica, un hermano irritable y caprichoso; leptosómica, introvertida, tímida, irritable, apocada, caprichosa y pleitista. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución con exacerbaciones en más de 3 años. El tratamiento dura 66 días (15.IX—20.XII.37); 58 días de insulina; 33 comas; 46 horas de coma; total de insulina 2,835 unidades; el primer coma con 65 u., término medio de las dosis ulteriores 46 u. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión completa que dura 2 meses. Recidiva. Se reinicia el tratamiento: 69 días (21.III—28.V.38); 60 días de insulina; 44 comas; 77 horas de coma; total de insulina

2,890 unidades, el primer coma con 80 u, término medio de las dosis ulteriores 59 u. El peso aumenta en 6 kgr. Mejoría. Se la trata después con Cardiazol.

Caso 178.—C. L., mujer, 28 años, abuelos irritables, "nerviosos", padre irritable, impulsivo, quisquilloso; madre introvertida, irritable, hipocondríaca y quisquillosa; leptosómica, fuertemente introvertida, desconfiada, impresionable, impulsiva, rencorosa, supersticiosa, tímida, apocada. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 4 años. El tratamiento dura 63 días (8.X—9.XII.37); 54 días de insulina; 48 comas; 79 horas de coma; total de insulina 2,267 unidades, el primer coma con 35 u., término medio de las dosis ulteriores 45 u. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión social. Recidiva después de 3 meses. La segunda cura (28.III—28.V.38) es de 62 días, 47 días de insulina, 41 comas; 67 horas de coma; total de insulina 1,945 unidades, el primer coma con 65 u.; término medio de las dosis ulteriores 45 u. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión social desde hace más de 8 meses.

Caso 179.—R. M., mujer, 34 años, antecedentes hereditarios desconocidos; constitución normotípica. Esquizofrenia hebefrénica de comienzo gradual, evolución progresiva en 6 años. El tratamiento dura 80 días (8.III—28.V.38); 62 días de insulina; 49 comas; 101 horas de coma; 2 ataques epileptiformes; total de insulina 2,626 unidades, el primer coma con 70 u., término medio de las dosis ulteriores 43 u. El peso aumenta 6 kgr. Resultado nulo.

Caso 180.—I. C., mujer, 40 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia simple de comienzo subagudo, evolución con exacerbaciones en más de 3 años. El tratamiento dura 86 días (31.III—25.VI.38); 24 días de insulina; 3 comas; 46 horas de coma (el primero de 37 horas); total de insulina 495 unidades, el primer coma con 40 u., término medio de las dosis ulteriores 29 u. El peso aumenta en 14 kgr. Complicaciones: afasia, ataxia locomotriz y complejos trastornos neurológicos durante los días siguientes a los comas prolongados. Remisión social desde hace más de 7 meses.

Caso 181.—V. D., mujer, 30 años, dos tías paternas esquizofrénicas internadas, padres de carácter anormal; leptosómica, irritable, períodos de introversión seguidos de otros de extraversión, pleitista, vanidosa, maniática. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en 8 años. El tratamiento dura 102 días (14.II—28.V.38); 86 días de insulina; 73 comas; 177 horas de coma; 7 ataques epileptiformes; total de insulina 2,371 unidades, el primer coma con 40 u., término medio de las dosis ulteriores 29 u. El peso aumenta en 5 kgr. Resultado nulo, después de una aparente remisión completa que dura sólo 8 días.

Caso 182.—E. W., mujer, 33 años, antecedentes hereditarios desconocidos; normotípica, introvertida, quisquillosa, egoísta, vanidosa, irritable, perdió la fe. Esquizofrenia paranoide de comienzo gradual, evolución progresiva en

4 años. El tratamiento dura 74 días (20.VII—1.X.38); 62 días de insulina; 50 comas; 125 horas de coma; total de insulina 3,390 unidades; el primer coma con 140 u., término medio de las dosis ulteriores 58 u. (fraccionadas). El peso aumenta en 6 kgr. Remisión social, que sólo dura 3 meses. El cuadro actual debe calificarse como mejoría.

Caso 183.—G. C., mujer, 26 años, antecedentes hereditarios desconocidos; pícnica, no hay datos acerca de la personalidad premórbida. Esquizofrenia paranoide de comienzo subagudo, evolución progresiva en tiempo desconocido. El tratamiento dura 23 días (8.VIII—31.VIII.38); 10 días de insulina; 4 comas; 7 horas de coma; total de insulina 480 unidades, el primer coma con 75 u., término medio de las dosis ulteriorres 72 u. El peso no varía. Complicaciones: "edema agudo del pulmón, accidente que determinó su muerte". Es muy posible que una falla de la técnica en la aplicación de la sonda nasal fuera la causa de este desenlace.

III

ENFERMOS CON TRATAMIENTO MIXTO

1. Insulina — Cardiazol

Hemos practicado el tratamiento combinado, en la forma que **von Meduna** llama "cruzada", aplicando un método cuando no da resultado el otro. En 19 enfermos tratados previamente con insulina se consigue con Cardiazol el efecto que aparece en el cuadro siguiente:

Remisión completa	6 casos
Remisión social	2 „
Mejoría	1 caso
Nulo	5 casos
Empeoramiento	4 „
Muerte	1 caso
	19

Los 6 casos en que se logra la remisión completa se distribuyen en la siguiente forma: Del grupo A, 3 enfermos, a saber: 1º, 131,

a causa de recidiva después de 7 meses de remisión completa lograda con insulina; 2º, 132, por haberse conseguido con insulina sólo remisión social; 3º, 133, caso de simple mejoría con el tratamiento previo. Del grupo B, 2 enfermos: 1º, 142, caso de recidiva tras 7 meses de remisión completa después de ser tratado con insulina; queda en remisión social con una segunda cura de insulina; 2º, 144, mejorado con insulina. El único caso del grupo C, 176, corresponde a una esquizofrénica que mejora con la insulina y que con una serie de 10 ataques provocados con Cardiazol se consigue remisión completa, la que se pierde 2 meses después, para lograrse nuevamente con 20 ataques, recidivando por segunda vez pasados 3 meses. De modo que, en total, de las 6 remisiones completas, sólo se mantienen 5, pertenecientes a los grupos A y B.

Los 2 casos de remisión social corresponden a 148 y 164: el primero es un enfermo del grupo B, que mejora antes con la insulinoterapia, y gracias al Cardiazol trabaja desde hace 9 meses; el segundo, del grupo C, es un caso de recidiva después de 2 meses de remisión completa producida con insulina.

El caso de mejoría, 168, del grupo C, corresponde a una mujer, la cual mejora con insulina y cuya mayor mejoría con Cardiazol — prácticamente una remisión — sólo tiene 2 meses de establecida; desgraciadamente, el pronóstico **quoad vitam** de esta enferma no es favorable por haberse presentado pleuresía con derrame.

Los 5 casos en los cuales el resultado es negativo pertenecen al grupo C (165, 171, 173, 174 y 175). Los 4 enfermos en quienes los ataques provocados con Cardiazol determinan empeoramiento de la psicosis son: 134, del grupo A, y 166, 167 y 177, del grupo C.

Respecto de las complicaciones, aparte de la pleuresía señalada (168), tenemos en la enferma 147 una bronquitis prolongada, que unida a trastornos gastrointestinales es causa de su muerte, y el caso 165, que requiere especial mención por presentar ataques epilépticos espontáneos. El enfermo sólo mejora con la insulina y es sometido a la cura con Cardiazol, la cual termina en 19.V.38, sin producir más efecto que una acentuación fugaz de la mejoría. Cuatro meses después, el 16.IX.38, se presenta un ataque epiléptico espontáneo. Desde entonces se repiten los ataques hasta el 24 de di-

ciembre, en que se inicia el tratamiento con Luminal. En total, 16 ataques en 100 días, todos con los signos clásicos del **grand mal.** El tratamiento con luminal es discontinuo al principio, por lo cual se producen 2 ataques más. Desde que se establece la administración cotidiana de 0.20 de Luminal, el 15.I.39, no se ha presentado ni un solo ataque. En los antecedentes familiares y personales no hay nada positivo acerca de la epilepsia. Debemos señalar la edad del paciente, que es de 21 años. **Langelüddeke, Scholz** y otros investigadores consideran posible que los ataques provocados faciliten la producción de ataques espontáneos, sobre todo en los niños, haciendo manifiesta la predisposición hasta entonces latente. Por otra parte, hemos comprobado que los enfermos previamente tratados con insulina son mucho más susceptibles a la acción convulsivante del Cardiazol. Para verificarlo basta comparar las dosis de Cardiazol necesarias en los enfermos no tratados antes con insulina con las empleadas en los sometidos previamente a esa cura.

Caso 131.—M. R. El tratamiento dura 46 días (1.XII.38—30.I.39), con 13 ataques en 14 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 51 cc, dosis inicial eficaz 3 cc, terminal 4 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace 16 días.

Caso 132.—C. D. El tratamiento dura 26 días (6.I—30.I.39), con 8 ataques en 15 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 107 cc, dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 12 cc. El peso disminuye 5 kgr. Remisión completa desde hace 16 días.

Caso 133.—C. A. El tratamiento dura 182 días (18.VII.38—20.I.39), con 42 ataques en 42 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 240 cc, dosis inicial eficaz 3 cc, terminal 9 cc. El peso aumenta en 4 kgr. Remisión completa desde hace 22 días.

Caso 134.—L. H. El tratamiento dura 85 días (7.XI.38—30.I.39), con 20 ataques en 23 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 210 cc, dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 11 cc. El peso disminuye en 5 kgr. Retroceso de la remisión social lograda con insulina.

Caso 142.—E. C. El tratamiento dura 28 días (2.I—30.I.39), con 9 ataques en 11 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 40 cc, dosis inicial eficaz 3 cc, terminal 4 cc. El peso disminuye en 3 kgr. Remisión completa desde hace 17 días.

Caso 144.—B. B. El tratamiento dura 38 días (24.I—4.III.38), con 10 ataques en 11 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 53 cc, dosis

inicial eficaz 4 cc, terminal 5 cc. El peso aumenta en 6 kgr. Remisión completa desde hace más de 11 meses.

Caso 147.—A. R. El tratamiento dura 84 días (22.VII—14.X.38), con 21 ataques en 23 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 168 cc, dosis inicial eficaz 3 cc, terminal 10 cc. El peso disminuye en 10 kgr. Se acentúa la mejoría lograda con insulina, pero transitoriamente. El retroceso mental y el decaimiento físico son marcados; se presenta un proceso broncopulmonar y la enferma fallece 65 días después de absceso pulmonar.

Caso 148.—M. Ch. El tratamiento dura 110 días (24.I.—13.V.38), con 30 ataques en 38 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 289 cc, dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 11 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Remisión social desde hace 9 meses.

Caso 164.—J. L. El tratamiento dura 55 días (7.XII.38—30.I.39), con 16 ataques en 18 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 128 cc, dosis inicial eficaz 6 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión social desde hace 16 días.

Caso 165.—T. P. El tratamiento dura 116 días (24.I.—19.V.38), con 30 ataques en 33 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 199 cc, dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. El peso permanece estable. Resultado nulo (mejoría fugaz).

Caso 166.—M. Ch. El tratamiento dura 102 días (10.X.38—20.I.39), con 30 ataques en 40 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 338 cc, dosis inicial eficaz 6 cc, terminal 10 cc. El peso disminuye en 10 kgr. Retroceso de la remisión social lograda con insulina.

Caso 167.—J. L. El tratamiento dura 57 días (10.X—6.XII.38), con 15 ataques en 18 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 127 cc, dosis inicial eficaz 6 cc, terminal 9 cc. El peso disminuye en 3 kgr. Empeoramiento.

Caso 168.—C. V. El tratamiento dura 57 días (21.X—16.XII.38), con 15 ataques en 15 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 77 cc, dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 5 cc. El peso disminuye en 8 kgr. Desde hace más de 2 meses se mantiene la acentuación de la mejoría lograda con insulina (casi puede hablarse de remisión social). Se suspende el tratamiento por presentarse pleuresía con derrame.

Caso 171.—R. S. El tatamiento dura 107 días (24.I—10.V.38), con 30 ataques en 33 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 175 cc, dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 6 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Resultado nulo.

Caso 173.—W. R. El tratamiento dura 110 días (24.I.—13.V.38), con 30 ataques en 35 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 237 cc, dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 8 cc. El peso aumenta en 2 kgr. Resultado nulo.

Caso 174.—T. C. El tratamiento dura 106 días (24.I—9.V.38), con 30 ataques en 33 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 186 cc, dosis inicial eficaz 5 cc, terminal 6 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Resultado nulo.

Caso 175.—J. S. El tratamiento dura 93 días (8.VIII—8.XI.38), con 30 ataques en 30 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 181 cc, dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 7 cc. El peso permanece estable. Resultado nulo.

Caso 176.—S. M. El tratamiento dura 34 días (24.I—28.II.38), con 10 ataques en 10 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 40 cc, dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 4 cc. El peso aumenta en 3 kgr. Remisión completa que dura 2 meses. Recidiva. Se reinicia el tratamiento durante 68 días (3.VI.—11.VIII.38), con 20 ataques en 20 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 78 cc., dosis inicial eficaz 4 cc, terminal 3 cc. Remisión completa que dura 3 meses. Recidiva.

Caso 177.—L. de C. El tratamiento dura 98 días (22.VII—28.X.38), con 28 ataques en 28 aplicaciones; cantidad total de Cardiazol empleado 186 cc, dosis inicial eficaz 3 cc, terminal 6 cc. El peso disminuye en 4 kgr. Retroceso de la mejoría lograda con insulina. Se suspende el tratamiento porque en las dos últimas aplicaciones se presenta apnea prolongada: en la última se hizo necesario recurrir a la respiración artificial durante 45 minutos.

2. Cardiazol — Insulina

Los casos tratados secundariamente con insulina son 9, de los cuales sólo en 1 el Cardiazol produjo mejoría, el paciente 16, del grupo C, el mismo que mejora más con insulina, poniéndose en un estado lindante con la remisión social. De los otros 8, en uno, insuficientemente tratado con Cardiazol, con insulina se logra remisión completa: es el caso 51, del grupo C; en 3 casos se consigue remisión social, todos del grupo C: 7, 30 y 32; en 3 el resultado es nulo, igualmente del grupo de los crónicos: 8, 11 y 73; por último, en 1, el único del grupo B, 29, se presenta una complicación grave, bronconeumonía, que pone fin a la existencia del sujeto.

Caso 7.—O. N. El tratamiento dura 192 días (10.I—20.VI.38), con 132 días de insulina, 98 comas, 167 horas de coma; total de insulina 6365 unidades, el primer coma con 55 u, término medio de las dosis ulteriores 53 u. El peso aumenta en 8 kgr. Remisión social desde hace más de 8 meses.

Caso 8.—J. Z. El tratamiento dura 158 días (10.I—27.VI.38), con 118 días de insulina, 96 comas, 109 horas de coma; cantidad total de insulina 5595 unidades, el primer coma con 35 u., término medio de las dosis ulteriores 49 u. El peso aumenta en 6 kgr. Resultado nulo (notable mejoría pasajera).

Caso 11.—S. Z. El tratamiento dura 225 días (10.I.—23.VIII.38), con 114 días de insulina, 99 comas, 132 horas de coma; total de insulina 4870 unidades, el primer coma con 30 u., término medio de las dosis ulteriores 44 u. El peso aumenta en 4 kgr. Resultado nulo (después de ligera mejoría).

Caso 16.—C. N. El tratamiento dura 146 días (17.IV—10.IX.38), con 125 días de insulina, 103 comas, 166 horas de coma; total de insulina 6465 unidades, el primer coma con 95 u., término medio de las dosis ulteriores 53 u. El peso aumenta en 7 kgr. Notable mejoría, casi remisión social.

Caso 29.—M. G. El tratamiento dura 98 días (6.VI—12.IX.38), con 80 días de insulina, 62 comas, 93 horas de coma; total de insulina 2830 unidades, el primer coma con 55 u., término medio de las dosis ulteriores 36 u. El peso disminuye en 4 kgr. M. G. tiene bronconeumonía y fallece, después de 40 días, de esta complicación. Se había obtenido leve mejoría.

Caso 30.—A. S. El tratamiento dura 161 días (17.VI—24.IX.38), con 97 días de insulina, 78 comas, 111 horas de coma; total de insulina 4610 unidades, el primer coma con 70 u., término medio de las dosis ulteriores 52 u. El peso aumenta en 6 kgr. Remisión social.

Caso 32.—F. S. El tratamiento dura 120 días (16.V—13.IX.38), con 101 días de insulina, 92 comas, 143 horas de coma; total de insulina 4280 unidades, el primer coma con 15 u., término medio de las dosis ulteriores 44 u. El peso aumenta en 5 kgr. Remisión social.

Caso 51.—M. P. El tratamiento dura 21 días (23. II—15.III.38), con 17 días de insulina, 8 comas, 14 horas de coma; total de insulina empleada 810 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 76 u. Remisión completa desde hace más de 9 meses.

Caso 73.—E. P. El tratamiento dura 53 días (10.X—2.XII.38), con 32 días de insulina, 21 comas, 35 horas de coma; cantidad total de insulina 1420 unidades, el primer coma con 50 u., término medio de las dosis ulteriores 48 u. Resultado nulo.

CONCLUSIONES ACERCA DE NUESTRA CASUISTICA

1º—De los 87 casos **tratados con Cardiazol** se logra remisión completa en 50 y remisión social en 6. Los 31 casos con psicosis de menos de 6 meses tienen remisión, completa 30, social 1.

2º—Los casos de recidiva son 5, todos de enfermos antiguos, de más de año y medio.

3º—Las únicas complicaciones graves con este método son la fractura del cuello anatómico del fémur en un paciente crónico, con antecedentes de raquitismo; la activación de una tuberculosis latente en un esquizofrénico también crónico y la gangrena pulmonar en otro enfermo igualmente crónico y con manifestaciones de decadencia física (tuberculosis?) antes de iniciarse el tratamiento. Estos 2 casos, con **exitus letalis,** así como el de la fractura del fémur figuran en la serie de los primeros enfermos en quienes aplicamos el método, antes que reconociésemos la importancia de excluír los casos sospechosos de tuberculosis y de verificar la calcemia.

4º—De los 96 enfermos **tratados con insulina** tienen remisión completa 55 y social 11. De los 49 casos con psicosis de menos de 6 meses se verifica remisión completa en 45, social en 1, mejoría en 3.

5º—Los casos de recidiva son 10, de los cuales 2 pertenecen al grupo de los agudos, 2 al de los subagudos y 6 al de los crónicos.

6º—Las complicaciones graves y de malas consecuencias son las que producen el **exitus letalis** de 5 enfermos, todas infecciones del aparato respiratorio.

7º—El **tratamiento combinado** aplicando Cardiazol después de no dar resultado la insulina, produce en 19 casos remisión completa de 6 y social de 2. De estas remisiones se mantienen 7. Las completas corresponden a enfermos de psicosis aguda y subaguda; de las sociales una es de psicosis subaguda y otra crónica. Las complicaciones serias que se han presentado en este grupo son: un caso de infección letal de las vías respiratorias y un caso de probable activación de una epilepsia latente.

8º—Los enfermos tratados con insulina después de ser objeto de la cura con Cardiazol son 9, de los cuales 1 logra remisión completa y 3 remisión social, todos crónicas. **Exitus letalis** por bronconeumonía en 1 caso de los subagudos.

9º—La conclusión general que se desprende de nuestras observaciones en 183 casos es la curabilidad de la esquizofrenia reciente, cualquiera que sea la forma clínica, con menos riesgo y tal vez con más probabilidades usando el Cardiazol.

BIBLIOGRAFIA REFERENTE A NUESTRO MATERIAL

P. **Anglas Quintana:** "Aspecto neurológico del ataque provocado por el Cardiazol en esquizofrénicos", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 1938, Nº 3.—**Honorio Delgado:** "Traitement de la schizophrenie par le pentaméthylèntetrazol", *Annales Medico-Psychologiques*, 1938, t. I, Nº 1.—**Delgado:** "Psicopatología y delimitación clínica de la esquizofrenia", *Anales de la Facultad de Ciecias Médicas*, 1937, Nº 1.—**Delgado:** "El tratamiento de la esquizofrenia por el método de von Meduna. Su aplicación en un caso de parálisis general estacionaria", *Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*, 1937, Nº 7-12.—**Delgado:** "El diagnóstico precoz de la esquizofrenia", *Reforma Médica*, 1938, Nº 276.—**Delgado:** "Acerca de los nuevos métodos de tratamiento de la esquizofrenia", *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, 1938, Nº 25.—**Delgado:** "Tratamiento de la esquizofrenia con Cardiazol o dosis convulsivante", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 1938, Nº 1.—**Delgado, J. F. Valega & Carlos Gutiérrez-Noriega:** "Contribución al tratamiento de la esquizofrenia con insulina", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 1938, Nº 4.—**Armando Fernández Quintana:** *Estudio experimental de la atención en enfermos mentales tratados con Cardiazol*, tesis, Lima, 1939.—**Fernando Figari Diez Canseco:** "Anormalidades de la memoria en los esquizofrénicos tratados por el Cardiazol", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 1938, Nº 2.—**Carlos F. Krumdieck:** "Sobre el tratamiento de la alienación mental por el Cardiazol a dosis convulsivante", *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 1938, Nº 4.

Base Anatómica del Dolor

Por J. O. TRELLES

BASE ANATOMICA DEL DOLOR

por J. O. TRELLES

Hasta los trabajos célebres de Von Frey era clásico considerar el dolor como consecuencia de toda excitación sensitiva o sensorial, a condición que fuese suficientemente fuerte para comprometer la integridad del receptor; es decir, se creía que el dolor se producía cuando un dispositivo receptor periférico sensitivo o sensorial era solicitado por un estímulo más fuerte que el que estaba destinado normalmente a recibir. El dolor era asunto de cantidad en la excitación, la respuesta defensiva obligada a estímulos cuantitativos. Se le consideraba como advertencia del carácter nocivo de la estimulación y pertenecía a todos los sistemas receptivos; se hablaba de dolores visuales producidos por una luz demasiado viva, de dolores auditivos por un ruido demasiado intenso, olfativos por un olor demasiado fuerte, etc. Este concepto, hoy en desuso, es todavía sostenido, aunque bastante remozado por algunos autores, entre ellos, con el brillo que se sabe, por Leriche. Pero aun así es menester considerar la región en que las excitaciones son integradas en definitiva para dar la percepción de dolor. Aun, pues, en este último caso el relator habría tenido que ocuparse de determinar el dispositivo nervioso central que sirve de soporte a la integración dolorosa.

En 1891 Voy Frey sostiene que existe en el mosaico de puntos cutáneos, además de aquellos específicos del tacto y presión, de

calor, de frío, íntimamente mezclados y yuxtapuestos, otros igualmente específicos del dolor. Así nacía el concepto moderno del dolor como una forma particular de la sensibilidad general con un dispositivo anatómico que comprende receptores periféricos especializados, de los que parten conductores particulares que van a terminar en los centros de irrigación. Esta noción, con algunas restricciones, es la generalmente admitida hoy y nos será expuesta en los relatos de fisiología y fisiopatología. Nos limitaremos aquí a trazar en sus grandes líneas el dispositivo anatómico del dolor, conocido de todos, pero algunas veces insuficientemente presente en la memoria, señalando, cuando se presenten, los puntos en litigio, pero sin entrar en el debate, evitando largos desarrollos. Nuestro propósito es la brevedad y al establecer el esquema del soporte nervioso del dolor, hacer una especie de introducción a los relatos mucho más interesantes, que escucharemos en seguida.

Vamos a considerar tres capítulos: el de los receptores periféricos, el de las vías y el de los centros.

I

LOS RECEPTORES PERIFERICOS

Si la descripción histológica de las terminaciones nerviosas sensitivas ha llegado a un estado satisfactorio, no se sabe todavía con precisión la correlación que existe entre la forma y la función y en ese terreno, salgo algunos puntos, estamos reducidos a las hipótesis. De una manera general se puede decir que las terminaciones nerviosas sensitivas se hacen siguiendo dos grandes modalidades, según que se encuentren en tejidos derivados del ectodermo o del mesénquima.

En los epitelios las fibras sensitivas terminan, o más bien comienzan, en botones terminales o en arborizaciones que reciben nombres diferentes: botones de Conheim, cestas intra-epiteliales de Dogiel, arborizaciones hederiformes, etc., que se encuentran libres entre las células. Según Foerster muchas son intra-celula-

res. En fin, según Boecke, Heringa esos receptores forman en la periferia una vasta red ininterrumpida en parte intra-celular en parte pericelular. En los tejidos derivados del mesénquima: dermis, hipodermis, músculos, huesos, articulaciones, vísceras, etc., las terminaciones no se encuentran libres, sino protegidas de una envoltura neuróglica, que está o nó reforzada por una cápsula conjuntiva, y forman la serie de **corpúsculos sensitivos** conocidos con diferentes nombres: corpúsculos de Vater-Paccini, de Meissner, de Ruffini, de Krause o de Golgi-Mazzoni, etc.; husos neuro-musculares de Kölliker, corpúsculos tendinosos de Golgi. Todos estos receptores sensitivos se disponen de manera irregular en la piel, mucosas, tejidos profundos, vísceras, etc., disposición que ha sido objeto de minuciosas y pacientes investigaciones, entre las cuales las de Bazzet, Mac Glone, Williams y Lukin han arrojado datos interesantes y precisos sobre su densidad en ciertas regiones. Se ha visto, por otra parte, que hay regiones en que faltan algunos de ellos, o en las que abundan otros. Además, el análisis psico-fisiológico de las sensibilidades cutáneas iniciado por Blix, Goldscheider y Von Frey, seguido por Strughold, Kiesow, Pieron, etc. demuestra la yuxtaposición de una serie de puntos de tacto, temperatura y dolor que forman un mosaico más o menos definido que está reproducido en esquemas bien conocidos. Ciertas regiones están desprovistas de algunos de ellos; así es clásico mencionar la falta de puntos de calor y tacto en la córnea, de puntos de calor en la úvula, de puntos de dolor en cierta región de la mejilla (Kiesow-Strughold), en la parte inferior de la úvula. Los hechos que acabamos de mencionar han motivado naturalmente el deseo de establecer **la relación entre la diferenciación morfológica de estas terminaciones y su diferenciación funcional.** De allí una serie de hipótesis que atribuyen el tacto a los corpúsculos de Meissner, el dolor a los botones libres, el frío a los corpúsculos de Krause, el calor a los de Ruffini (Von Frey, Kiesow). Estas hipótesis no han sido plenamente verificadas sino para la correlación entre los corpúsculos de Krause y las recepciones de frío (Strughold). En lo que concierne al dolor, las investigaciones de Foerster y Boeke han demostrado que no se puede en la épca actual establecer con

rigor la correlación entre la función y la estructura; aunque muchos autores piensan que las terminaciones libres epiteliales serían las encargadas de registrar los estímulos dolorígenos. Se puede concluír que el dolor no parece estar estrechamente ligado a tales o cuales terminaciones nerviosas periféricas.

II

LAS VIAS DE CONDUCCION

Las excitaciones dolorígenas recogidas en el revestimiento cutáneo o en la profundidad de los tejidos y vísceras recorren una serie de vías a través del nervio periférico, ganglios, raíces posteriores, medula, bulbo, protuberancia y pedúnculo cerebral, para luego llegar a los centros tálamo-corticales. Vamos a estudiarlas.

A.—La Protoneurona.

a).—**Las fibras de la sensibilidad dolorosa en el nervio periférico.**—Se sabe que la excitación eléctrica del cabo central de todo nervio sensitivo se traduce por dolor. Cabe preguntarse si en el nervio todas las fibras conducen el dolor o si tal conducción está reservada solamente a algunas de las fibras contenidas en el nervio. La clínica, la anatomía y la experimentación han dado una respuesta afirmativa; es decir, que solamente un cierto grupo de fibras con características definidas es capaz de conducir el dolor. Las disociaciones patológicas observadas en algunas neuritis, tales la Henseniana, hacían sospechar esta especificidad de los conductores. Muchos otros factores experimentales militaban en el mismo sentido y hasta las modernas investigaciones histológicas, modelos de precisión y paciencia, permitieron identificar tales fibras. Pero es sin discusión la introducción de los novísimos métodos de electro-fisiología que ha permitido esclarecer el problema de una manera admirable. Se sabía que después de seccionar un nervio sensitivo se observa una zona de analgesia más pequeña que la

zona de anestesia táctil y térmica, lo que indica un entreveramiento de las fibras dolorosas más grande que el de las otras fibras; se sabía igualmente que la refrigeración de un nervio periférico trae el bloqueo absoluto de las fibras motrices, y una anestesia absoluta salvo para el dolor; asimismo sobre un nervio descubierto la presión bloquea primero las fibras gruesas, más rápidas, de donde resulta una anestesia táctil, mientras que la procaina bloquea las fibras delgadas, más lentas, antes que las gruesas, de donde resulta una anelgesia; de allí que sea posible estudiar alternativamente unas u otras. Las fibras del dolor en los nervios se caracterizarían por una distribución periférica mucho más rica, con territorios largamente anastomosados, por su mayor resistencia a las acciones nociceptivas exteriores, y, en fin, por su mayor poder de regeneración. Anatómicamente Ransen y sus colaboradores han podido estudiar de manera elegante estas fibras; para ello se analiza la distribución de los receptores de una zona cutánea dada, en seguida se corta el ramo cutáneo que la inerva y después de cierto tiempo se hace la exéresis de la zona cutánea anestesiada, a continuación, con métodos histológicos apropiados, se la estudia desde el punto de vista de sus receptores. Para terminar no hay sino que establecer la correlación entre los diferentes datos encontrados. Estas pacientes investigaciones han tenido la sanción más brillante en los estudios de electro-fisiología que debemos, entre otros, a Adrian, Gasser y Erlanger, de Heinbecker y Bishop; según estos autores el dolor es trastimitido por las fibras mielínicas somáticas delgadas, de 3 a 6 micras de diámetro que tienen corto período refractario y corta cronaxia, y un umbral y velocidad más grandes que las fibras vegetativas del mismo grosor: su velocidad de conducción es de 15 a 30 metros por segundo; la excitación de estas fibras, cerca del umbral, da la sensación de contacto picante; pero el dolor puede también ser conducido por fibras amielínicas igualmente somáticas más delgadas, de 1 a 3 micras de diámetro. En fin, son fibras análogas las que conducen el dolor profundo: muscular y visceral.

Las fibras del dolor parecen estar esparcidas en el nervio, al menos hasta ahora no se ha podido establecer que se sitúen con

una topografía definida, las investigaciones de Dustin no han traído datos precisos.

Como se ha visto, son las fibras dolorosas cutáneas o de ciertas mucosas las que, por razones técnicas fáciles de suponer, han sido más estudiadas. Las fibras dolorosas profundas, de músculos, huesos, articulaciones, van a juntarse a las precedentes antes de ganar el ganglio raquideo.

Más difícil de establecer es el taryecto preciso de las fibras algóforas viscerales. Se sabe que la mayor parte son fibras finas amielínicas somáticas (y no simpáticas, como a veces se cree) de 1 a 3 micras de espesor. Sin entrar en detalles recordemos que el peritoneo y los órganos abdominales son inervados por los espláenicos, de los cuales dependen en definitiva, los plexos celíaco, aórtico y mesentérico superior; además el frénico y el neumogástrico deben intervenir igualmente en la conducción de los estímulos dolorosos abdominales. Las fibras sensitivas vesicales caminan en los nervios, hipogástrico, pélvico y pudendo interno, los dos primeros inervan además la próstata y la uretra. Los genitales dependen del plexo espermático que depende a su vez de los plexos renal y aórtico, y de los nervios hipogástricos y pélvicos. Estos dos últimos forman en la mujer el plexo intraligamentario de Frankenhäuser. El neumogástrico, gloso-faringeo, simpático y frénico se reparten la inervación del corazón, pulmones y pleura; debemos citar aquí los sistemas especiales cardio-aórtico depresores, es decir el nervio de Ludwig-Cyon y el sistema del corpúsculo carotídeo y del nervio de Hering. La duramadre es inervada sobre todo por el trigémino, aunque recibe filetes del neumogástrico y del simpático; la piamadre tiene una inervación sensitiva más compleja: depende a la vez del plexo peri-carotídeo y del perivertebral, y de los IX y X pares.

La sensibilidad dolorosa de los vasos ha sido muy discutida, ahora es aceptada por consenso general. La discusión queda sin embargo abierta para precisar por qué vías las fibras algóforas penetran a la medula, si es por la vía común de los nervios sensitivos o por vías simpáticas propiamente dichas. Es probable que las dos vías existan, como lo ha mostrado Leriche. La última sería

de suplencia. Sólo así se puede explicar una serie de hechos observados en la cirugía del dolor.

b).—**Ganglios raquídeos y raíces posteriores.**—Todos los conductores periféricos del dolor se dirigen al ganglio raquídeo, en donde encuentran su centro trófico la pericariona o pirenofora, si se quiere usar la terminología en voga. Como se sabe, la citoarquitectura de los ganglios ha sido bastante estudiada en estos últimos años. Se encuentran dos tipos celulares, uno de grandes células, de Dogiel tipo I, otro de pequeñas células llamadas de Dogiel tipo II. Hasta hace algún tiempo solo se tomaba en consideración como pericarionas sensitivas a las primeras, siendo las segundas tomadas como neuronas de asociación simpática; es decir, aquellas que sirven para hacer la unión entre el sistema simpático y el cerebro-espinal. Es así como las investigaciones ya un poco añejas de Ingbert (1906) demostraban el mayor número de células del ganglio con relación al de las fibras mielínicas radiculares posteriores, y planteaban un problema que ha sido solucionado por Ranson y sus colaboradores, en especial Billingsley, como lo veremos más adelante. No se ha podido establecer hasta la fecha si existe en los ganglios raquídeos una disposición somatotópica de las pericarionas del dolor; a priori, no parece imposible que trabajos ulteriores lleguen a demostrarla. En lo que concierne a los ganglios somáticos de los nervios craneales, como son homólogos de los raquídeos, nada tenemos que añadir, si no es la somatotopía sensitiva citológica del ganglio de Gasser, que parece bien establecida con los estudios de varios anatomistas y en particular de Winckler, de André-Thomas, de Frazier; es lógico suponer que esta disposición sensitiva simatotópica lo sea también para el dolor, así se explicarían ciertas neuralgias parcelares por lesión gasseriana localizada.

De las pirenoforas del ganglio raquídeo los estímulos dolorosos se dirigen hacia los centros por la vía de las raíces posteriores. Pero existe una vía de suplencia, recurrencial, que penetra a la medula por la vía de las raíces anteriores, así como lo demuestran ciertos hechos observados en radicotomías por los neurocirujanos, en especial por Foerster, Kidd, Meyer, entre otros. Esta conduc-

ción algófora de las raíces anteriores, no sería exclusiva como lo ha pretendido con exageración sistemática y verdaderamente paradójica Lehman, sino una conducción de suplencia y muy variable. Prácticamente toda la sensibilidad dolorosa penetra en la medula por las raíces posteriores a la búsqueda de su neurona de etapa, así como lo han establecido en sus investigaciones clásicas, Head, Sherrington, Cajal, Nageotte, y últimamente Foerster. Para determinar el territorio de una raíz es necesario estudiarla en positivo y negativo; es decir, observar los fenómenos de déficit, consecutivos a su sección, y sobre todo la persistencia de la sensibilidad cuando se seccionan dos o tres raíces encima y debajo de una raíz dada. Ranson y Billingsley han mostrado que si hay más células en el ganglio que fibras mielínicas en la raíz, como lo había ya determinado Yngbert, esta disparidad aparente desaparece si se tiene en cuenta todas las fibras radiculares, gruesas y finas mielínicas, y las amielínicas; siendo estos dos últimos grupos los encargados de la conducción exteroceptiva y por tanto entre ellas se encuentran las fibras algóforas. Así como lo han establecido los autores precitados y Winkler, en el trayecto extramedular de la raíz las fibras gruesas son centrales, las delgadas periféricas. Apenas la raíz penetra en la medula las fibras se agrupan en un sector importante interno o medial de fibras gruesas, propioceptivas, y un paquete externo de fibras finas que penetra inmediatamente en la zona de Lissauer y luego en la substancia gris de la cabeza del asta posterior. En cuanto a los dermatomas, tan bien establecidos por Head, y recientemente verificados en el hombre por Foerster, son demasiado conocidos para recordarlos, así como para insistir en sus aplicaciones clínicas o quirúrgicas en las anestesias para-vertebrales. Su disposición y correspondencias se encuentran en todos los manuales.

La raíz sensitiva del trigémino merece consideración aparte, pues parece presentar una disposición especial. Al salir del polo cóncavo del ganglio de Gasser las fibras sufren en el curso de su trayecto un reagrupamiento tal vez de naturaleza funcional, pues

como lo hemos verificado con Deparis (1) la sistematización de las fibras nacidas en el ganglio de Gasser cambia a medida que se acercan a la protuberancia. En esta raíz, como en las posteriores, hay igualmente fibras mielínicas gruesas y delgadas, y fibras amielínicas, estas dos últimas son las que conducen el dolor y parecen agruparse en la región póstero-externa de la raíz, de allí la operación de la neurotomía parcial creada por Frazier. En el curso de su trayecto intra-protuberancial se disponen sobre la parte externa de la raíz descendente, no se dividen en ramas ascendente y descendente, y van a terminar en el núcleo espinal del trigémino (Winkler, Yngvar, Ranson).

B).—La Deutoneurona.

a).—**La conducción del dolor en la medula.**—El trayecto de las vías algóforas en la medula ha sido estudiado por casi todos los neurólogos, desde Schiff y Brown-Séquard, pasando por Dejerine y Long, hasta la época actual en que Winkler y Foerster, uno con documentos anatómicos, otro con hechos de neurocirugía, la han fijado más precisamente.

Hay que dividir este punto en dos partes: primero estudiar la sinapse intramedular; es decir, el origen de la deutoneurona y su articulación sináptica con la fibra radicular, o sea la trasmisión en el eje gris; en segundo lugar, el trayecto cordonal ascendente del haz conductor del dolor. He aquí la opinión de Dejerine: "disociadas en la periferia, las diferentes sensaciones específicas llegan a la medula por la vía única de las raíces posteriores y se disponen desde su penetración en un agrupamiento, según sus cualidades, según su similitud funcional". La sensibilidad dolorosa conducida pr las fibras cortas se reparte, desde su llegada, en las células de la substancia gris del asta posterior del segmento medular inmediato; de estas células parte la "segunda neurona que se entrecruza con su homóloga sobre la línea media de la comisura gris posterior, en el plano mismo de su penetración y de allí van

(1).—Confere: **Maurice Deparis.** "Essai sur les nevralgies du trijumeau". 1 vol., Arnette, París, 1935.

a formar la parte posterior del haz en semiluna" de Dejerine o haz espino-talámico". **"Algunas fibras no se entrecruzan y suben en el cordón homolateral y pueden suplir o compensar la vía heterolateral lesionada".** Es en el fondo la opinión que sostiene ahora Foerster. Veamos las cosas más en detalle.

Las fibras delgadas mielínicas y amielínicas que conducen el dolor cutáneo, el de los tejidos profundos y vísceras, desde su penetración en el asta posterior, van a arborizarse alrededor de las células de la substancia gelatinosa de la cabeza del asta posterior. Como se sabe estas células se disponen en tres capas concéntricas que coronan el asta posterior formando la substancia gelatinosa de Rolando. Esas capas están formadas por diferentes tipos celulares, bien estudiados por Cajal y Winkler. Las fibras delgadas atraviesan la zona de Lissauer, y penetran en la capa celular dorsal para formar allí, en el estrato esponjoso dorsal, una red primaria con las células marginales; en seguida penetran más adentro y constituyen una red secundaria con las células de Giercke en el estrato esponjoso ventral, del cual nace el haz anterior en semiluna de Dejerine (sensibilidad táctil); en fin, las fibras del dolor van a articularse con las células profundas o células limitantes, cuya axona forma después de entrecruzarse en la comisura posterior, entrecruzamiento que se termina en el mismo segmento medular, el haz espino-talámico o en semiluna posterior de Dejerine, que es el encargado de conducir el dolor. Sirviéndose del método fecundo de las intoxicaciones electivas, —estrictinina y nicotina—, Dusser de Barenne ha podido delimitar los territorios cutáneos correspondientes a los diferentes segmentos medulares. Cada segmento funciona como una entidad metamérica, y recibe, además de la sensibilidad dolorosa superficial, la profunda y visceral. Se comprende así la repercusión de las lesiones viscerales y profundas sobre determinadas zonas cutáneas (zonas de Head); por ejemplo, el dolor apendicular, neumónico, el del angor péctoris, etc. Pero la repercusión inversa, de una afección cutánea sobre un órgano profundo es posible, y es costumbre citar como demostración el famoso caso de Foerster, de un viejo enfermo curado de úlcera gástrica que vió reaparecer sus dolores con ocasión de un

pequeño forúnculo al nivel del séptimo dermatoma dorsal, cuyos dolores cesaron cuando el forúnculo curó.

La conducción ascendente del dolor a través de la medula se hace por el haz espino-talámico de Edinger o en semiluna posterior de Dejerine. Es una vía formada por neuronas cortas, a numerosas sinapses espino-espinales, espino-bulbares, bulbo-reticulares, retículo-talámicas, etc., vía de asociación que implica hasta cierto punto la intervención del eje gris en la conducción del dolor y justifica la vieja opinión, tan combatida, de Schiff. Este haz formado por fibras diseminadas se encuentra en el cordón lateral por dentro de los haces espino-cerebelosos, por fuera y delante del piramidal cruzado, por detrás del asta anterior. Su topografía explica fácilmente la cordotomía. Según Foerster, Tilney, Elsberg, este haz presentaría una disposición laminar con cierta somatotopía, de manera que las fibras más externas y posteriores corresponden a las regiones inferiores del cuerpo y las más anteriores e internas a las más altas del cuerpo. Este haz asciende, por neuronas cortas de asociación, atraviesa el istmo encefálico y gana el tálamo.

Al lado de esta vía cordonal, Foerster admite otras vías extra-funiculares, accesorias, de suplencia. En primer lugar la **homolateral** descrita por Dejerine; en seguida otra vía por los cordones posteriores; en fin, una vía paramedular, simpática, peri-vascular. Así se explicaría ciertos hechos patológicos y, sobre todo, algunos resultados de neuro-cirugía.

b).—**Las vías algóforas en el tronco del encéfalo.**

Al penetrar en el bulbo las vías de la sensibilidad termo-algésica y de la táctil están separadas, esta separación se acentúa en el bulbo, se mantiene en la protuberancia y desaparece en el pedúnculo cerebral. De allí que los sindromes de disociación siringomiélica y las algias sean de relativa frecuencia en los procesos bulbo-protuberanciales, y, que unos y otras, son prácticamente ausentes en la patología peduncular.

En el curso de su travesía el haz espino-talámico es enriquecido por los contingentes de fibras que nacen de los núcleos del neumogástrico, gloso-faringeo y sobre todo del trigémino.

Debemos también señalar que si la vía principal del dolor está representada por el haz espino-talámico o semiluna posterior; es necesario recordar que existe igualmente, a lo largo del tronco del encéfalo, vías de suplencia representadas por la substancia reticulada blanca, con numerosas escalas en la substancia reticulada gris (Foix y Mme. Nicolesco).

a).—**En el bulbo.**

Las fibras "dolorosas" se encuentran en la región retro-olivar, irrigada por la arteria de la fosita lateral (Charles Foix, Hillemand y Schalit), formando el llamado haz heterogéneo de Van Gahuchten o lateral del bulbo. Triangular de base externa y vértice interno, situado detrás de la lámina dorsal de la oliva y por delante del núcleo del trigémino, el haz heterogéneo comprende tres vías: lateralmente el haz de Gowers, en la parte interna o medial, el espino-talámico y entre los dos el rubro-espinal. Habría al igual que en la medula, una disposición laminar somatotópica (Foerster), que explicaría los disturbios localizados solamente a tal o cual parte del cuerpo (Popow, Winther, Garcin). Las fibras que conducen la sensibilidad dolorosa son centrales en este haz, las de la sensibilidad térmica las más periféricas, encontrándose las del frío entre las dos, (André-Thomas). El haz en semiluna anterior (sensibilidad táctil) está bastante separado, en la capa interolivar, en plena substancia reticulada blanca. La vía trigeminal secundaria se incorpora progresivamente después de entrecruzarse en el rafe mediano; como se sabe, las fibras del dolor nacen únicamente del núcleo descendente o espinal. Igualmente se incorporan las otras vías secundarias del gloso-faringeo y del vago.

b).—**En la Protuberancia.**

La disposición es sensiblemente la misma. Aquí se forma la escuadra sensitivo-sensorial: el haz del dolor ocupa el ángulo de

la escuadra; es decir, se encuentra por fuera de la Cinta de Reil media; por delante del Reil lateral y del haz de Gowers que comienza ya su trayecto circumpeduncular; por fuera y delante del haz rubro-espinal y central de la calota, por detrás de las fibras ponto-cerebelosas dorsales. Aquí también conservaría su disposición laminar somatotópica. El haz en semiluna anterior (táctil) está en la extremidad interna de la cinta de Reil media. En el curso de su travesía protuberancial termina de incorporarse la vía trigeminal secundaria ventral. Es de notar además que aquí como en el bulbo, el haz espino-talámico está separado del haz en semiluna anterior y tiene igualmente una irrigación diferente (1), el primero depende de las arterias circunferenciales cortas, mientras que los otros de las paramedianas. De allí la frecuencia de las algias centrales por lesión (2).

c).—En el Pedúnculo Cerebral y en la Región Sub-Optica.

Aquí la escuadra sensitivo sensorial se condensa y la delimitación entre las fibras de los diferentes haces de la sensibilidad desaparece, las fibras parecen entreverarse, agruparse, para ganar el tálamo. Debemos notar que, de par con esta nueva disposición funicular va la ausencia —salvo un caso muy discutido de Foerster,— de algias o analgesias puras de origen peduncular (Garcin).

III

LOS CENTROS TALAMICOS Y CORTICALES

a).—En el Tálamo.

Las radiaciones de la calota penetran en el núcleo externo del tálamo y van a articularse con la tercera neurona sensitiva. Los estudios recientes de Winkler, Sager, Dusser de Barenne, Lhermitte,

(1).—**J. O. Trelles.** Les Ramollissements Protuberantiels. 1 vol., Doin. 1935.

(2).—Confere: **Lhermitte, Haguenau y Trelles,** Revue Neurol. vol. 1, 1935, y, **Ajuriaguerra y Dimo.** Les douleurs bulbo-protuberantielles. Encéphale. 1938.

Ajuriaguerra, Le Gros Clark, Schuster, entre otros, han contribuído a precisar el lugar de terminación de las fibras, su articulación con la tercera neurona y con otros núcleos; en fin, y sobre todo, la existencia en el tálamo de una disposición somatotópica selectiva y doble. De una manera general se puede decir que las vías propioceptivas y táctiles terminan en la región medial del núcleo latero-ventral, mientras que las fibras del haz en semiluna posterior o espino-talámico (dolor) terminan un poco por fuera de las precedentes; es decir, en la parte lateral del núcleo lateral. Según Sager existe en el tálamo una doble somatotopía, una en el núcleo lateral, otra en el núcleo interno, en relación con la doble somatotopía cortical de las circonvoluciones post y pre-rolándica. El núcleo lateral se proyecta sobre la circunvolución pre-central y el núcleo ventral sobre la post-central. Según Sager la disposición somatotópica se encuentra en el tálamo según los tres planos, y relativamente en la misma situación que en la corteza: miembro inferior arriba, adelante y afuera; miembro superior hacia dentro y abajo; en fin, la cara (vía trigeminal) en el Centro Mediano de Luys y en el ganglio semilunar de Flechsig (Marinesco y Nicolesco). Dusser de Barenne, con el método de estricnización encuentra una somatotopía semejante. En fin, Ajuriaguerra y Schuster concluyen que los sindromes dolorosos sólo se producen cuando hay lesión del núcleo lateral. Más aun, Ajuriaguerra supone que existe igualmente una somatotopía del dolor; así, en dirección sagital, el miembro inferior corresponde a la parte más lateral del núcleo lateral, el miembro superior a la parte mediana y caudal del mismo núcleo, la cara está limitada a la región más caudal.

Del núcleo lateral parten una serie de neuronas cortas que van al núcleo interno del tálamo, que vendría a ser en suma una especie de dispositivo de integración superior.

b).—En la corteza.

Del núcleo lateral parte la última neurona que a través del pedúnculo superior del tálamo va a difundirse en la circonvolución post-central, según una disposición somatotópica bien conocida. La

estructura específica de esta región (konio-corteza) y sus variaciones, plantea una serie de problemas hasta ahora no resueltos definitivamente. A saber: si existe una región de estructura especial para cada forma de sensibilidad o si a estas corresponde una capa celular determinada. Los autores se inclinan según los hechos hacia una u otra hipótesis o las niegan ambas, sin que hasta hoy se pueda concluír definitivamente.

Foerster describe una serie de vías descendentes: córtico-talámicas, córtico-pedunculares, córtico-protuberanciales, córtico-bulbares, córtico-espinales, etc., que ejercerían una acción de inhibición sobre los conductores del dolor. Estas vías son muy discutidas.

Antes de terminar con esta descripción, por fuerza, demasiado breve y esquemática, del soporte nervioso del dolor, debemos examinar dos puntos; a saber: la cuestión de la conducción simpática del dolor, y la evolución filo y ontogénica de esta forma de sensibilidad.

1.—El simpático y la conducción del dolor.

La posible conducción del dolor a través de las fibras simpáticas ha sido y es todavía muy discutida. Leriche, con todo el peso de su autoridad, sostiene la tesis afirmativa; Langley y Gaskell, André-Thomas, y entre nosotros —latino-americanos— Julio Diez, se han opuesto con vigor a tal hipótesis. La contradicción es más aparente que real, y reside más bien en la confusión de términos con que se plantea el problema, en los diferentes puntos de vista en que se le sitúa para resolverlo. Si se habla en lenguaje anatómico, es evidente que "el gran simpático es un sistema estrictamente motor y que no comprende fibras sensitivas". Igualmente "no existen fibras nerviosas especiales para la sensibilidad simpática, y las impresiones vegetativas son conducidas por fibras del mismo orden, de la misma estructura y del mismo origen que las fibras de la sensibilidad somática" (J. Tinel). Y recientemente André-Thomas afirmaba (1): "las fibras simpáticas pre o post-ganglio-

(1).—**J. André-Thomas.** Revue Neurol. vol. II, p. 57. 1937.

nares no conducen el dolor", pero existen en las vías simpáticas "fibras sensitivas de otro origen, cuya excitación causa dolor. Las fibras amielínicas no son todas simpáticas. La sensibilidad de las vías simpáticas es una sensibilidad de préstamo, variable de un sujeto a otro". Anatómicamente, sensu strictu, no hay pues fibras dolorosas simpáticas. Pero si se contempla el problema desde el punto de vista fisiológico o clínico es también evidente que las fibras sensitivas llevan a la medula excitaciones vegetativas algógenas, que provocan reflejos esencialmente vegetativos y que están íntimamente mezclados a los sistemas vegetativos. En ese sentido se puede hablar de dolores simpáticos, de simpatalgias, causalgias, etc.

2.—Evolución filo y ontogénica de las vías del dolor.

La filogénesis muestra que el dolor debe ser considerado como una reacción defensiva, biofiláctica, del organismo, como una fuente de reacción protectriz imperiosa. La evolución se hace desde la irritabilidad protoplasmática del protisto, que es la forma más rudimentaria de sensibilidad, hasta el estadio más perfeccionado, con selectividad de receptores, especialización de vías y organización de centros superiores como existe en el hombre. Es el proceso de adaptación estrecha y perfecta del individuo al medio que se persigue a través de las especies.

Los trabajos de Cajal, Tilney, Kappers, Brouwer, permiten apreciar los eslabones intermediarios. Esta organización de las vías de la sensibilidad se hace a lo largo de la escala zoológica bajo la forma de un doble sistema anatómico y funcional. Un sistema primitivo, antiguo (paleo-sensitivo), indispensable a la protección corporal, en relación con las cualidades brutas de los estímulos nociceptivos, comprende los haces espino-talámicos y parece tener su centro de integración en el tálamo. Este primer sistema daría la sensibilidad elemental, primitiva, o protopática de Head. Al lado de este, aparece un nuevo sistema que tiende a organizarse a medida que se eleva en la escala zoológica y alcanza su mayor desarrollo en los mamíferos y sobre todo en el hombre; comprende las vías de

los cordones posteriores (sensibilidad artro-cinética, muscular, vibratoria, de tacto), que después de una etapa bulbar se dirigen hacia el tálamo y de allí a la corteza parietal, en donde se haría la integración fina, perceptiva, que caracteriza la sensibilidad discriminativa o epicrítica de Head; además, este sistema ejercería un control frenador, de inhibición, sobre el anterior. La ruptura de ese freno, por lesión, daría lugar a la exaltación de las funciones del precedente que se manifiestan bajo la forma de dolor. La pérdida del equilibrio normal entre los dos sistemas es la base de las teorías patogénicas del dolor de Head, de Foerster, sostenidas también en la reunión Internacional de Neurología de París por Garcin y de modo menos neto, por George Riddoch y Mac Donald Critchley.

Hallándonos al final de esta revista muy rápida de las formaciones que nos dan la base anatómica del dolor, podemos concluír que el dispositivo nervioso puesto en juego en su integración, comprende: receptores especializados, cutáneos, profundos y viscerales, de los que parten conductores particulares que se organizan probablemente siguiendo una disposición somatotópica y recorren todo el eje encéfalo-medular, ocupando en él una topografía bien determinada hoy, conductores que terminan en los centros talámicos y corticales. En cuanto a los centros, aun cuando Head y muchos autores opinan que el núcleo interno del tálamo es el centro exclusivo del dolor, no se puede negar el hecho que existe un centro de integración superior, cortical, en las circunvoluciones parietales. Al primero, talámico, corresponde la coloración afectiva, al último la percepkión y localización dolorosa, la discriminación. El tálamo sería el centro del dolor protopático, la corteza el centro del dolor epicrítico, al primero se debe la noción de desagradable, al segundo la noción de dolor propiamente dicho.

Es necesario considerar siempre los tres factores anatómicos: el periférico de los receptores, el de los conductores y el de los mecanismos centrales. Parece difícil que siempre entren en juego de manera invariable y en proporciones fijas: es lógico suponer que el estímulo sufre en su recorrido una serie de modificaciones, modificaciones esencialmente variables, con el predominio de uno de sus eslabones o con su inhibición. Así se encontraría la razón de muchos aspectos obscuros del problema. Ni las teorías exclusivas de la irritación, ni las modernas de la inhibición, pueden explicar satisfactoriamente un fenómeno de conciencia como el dolor. Cada una de ellas contiene una parte de verdad. El dolor no es sino el resultado del funcionamiento de este sistema que hemos ensayado de esquematizar; el estímulo registrado por los receptores es conducido y transformado por los conductores hacia los centros de integración. El agente morboso al actuar sobre cualquiera de los puntos o escalones del sistema lo hace vibrar y produce dolor, dolor de intensidad y calidad variables con la altura en que el agente ataca al dispositivo. Además esta acción se ejercerá unas veces por el mecanismo de la excitación o de la irritación otras veces, y, cuando desorganiza o bloquea los centros, por el mecanismo de la inhibición; es decir, por la exaltación de los eslabones inferiores.

El Servicio Social en la asistencia de los Enfermos de la Mente

Por el Dr. BALTAZAR CARAVEDO

EL SERVICIO SOCIAL EN LA ASISTENCIA DE LOS ENFERMOS DE LA MENTE

Por Baltazar Caravedo

Médico-Director del Hospital "Víctor Larco Herrera"

Introducción

Hasta fines del siglo pasado existió un gran vacío en el sector asistencial, que se hizo notar más con el avance de la Medicina y el advenimiento de la moderna organización hospitalaria que modificó profundamente la relación entre los médicos y sus pacientes, llegando con frecuencia a suprimirla, pues el médico de Hospital tendía a no preocuparse de sus enfermos fuera del aspecto clínico, no tomándose en consideración el aspecto psicológico y social, a pesar de que con frecuencia tiene más importancia.

El doctor Cabot señala, con razón, que en estado de salud cada individuo está en posesión no solamente de su ambiente físico sino también de su ambiente psíquico y social; en el Hospital el enfermo, completamente substraído a la acción social y psíquica de su ambiente, queda aislado en un medio que a él le parece únicamente preocupado de su dolencia física. Dentro de este concepto de la asistencia, que prevaleció tanto tiempo, se olvidaba que el enfermo, al llegar al Hospital, dejaba tras de sí un largo período de su vida, de su pasado, con sus alegrías y dolores, con todo lo que había contribuído al desarrollo de su enfermedad, y se olvidaba tam-

bién que, al ser dado de alta, tenía que continuar su existencia social con todas sus cargas y dificultades que la lucha por la vida impone, tanto más duramente a medida que el sujeto es menos afortunado.

Aunque en 1895, Sir Charles Loch había fundado las Lady Almoner en el Royal Free Hospital de Londres, es en realidad en 1905 que Richard Cabot, médico americano, quien establece en el Hospital General de Massachusetts la organización de lo que hoy se conoce como Servicio Social, que vino a demostrarnos que todo cuanto se relaciona con el enfermo y su enfermedad no podía continuar encerrado dentro de los estrechos muros del Hospital; que los medicamentos y las intervenciones quirúrgicas no son suficientes para llevar al enfermo por el camino de la salud y que, en muchos casos, no obtiene ventaja alguna de su estada en el Hospital o de la concurrencia al Consultorio Externo si no se modifica su estado higiénico, sus condiciones de trabajo, su régimen alimenticio, la actividad psíquica, transformaciones que no son posibles si no se mejoran las condiciones económicas, domésticas o espirituales del enfermo; y es este sentimiento de insuficiencia, de la inutilidad de la labor, el que obliga al médico a buscar el concurso de auxiliares: las trabajadoras sociales, que tuvieron su nacimiento en el Consultorio Externo, pero que muy pronto extendieron su radio de acción a las salas de los hospitales. Cabot decía: "Yo siento que mis esfuerzos, en tanto que médico de Hospital, son ineficaces y que los enfermos ingresan al Hospital a menudo inútilmente".

El punto de vista médico debe naturalmente concentrarse sobre el lado científico del diagnóstico y del tratamiento. Esta cuestión es sin duda interesante para la trabajadora social, pero su primordial interés estará en conocer la vida y el foco del enfermo y la posición que ocupa en la sociedad; la enfermedad le interesa porque ella puede afectar la capacidad de su paciente e impedirle ganarse el sustento y porque no constituye un factor aislado en la vida del hombre.

Al principio, la trabajadora social fué recibida con desconfianza no solamente por el público sino también por la profesión médica; pero después de algunos años de esfuerzos y de educación

del público y de la cooperación médica, ha llegado a imponerse y hoy constituye un servicio indispensable en la colectividad. El Servicio Social ha contribuído a hacer del Hospital algo más que un lugar de asistencia, un organismo de previsión y de cultura, siendo uno de los puntos más interesantes de su labor el poder prestar ayuda a los necesitados lo más pronto posible.

La vida del paciente, durante su estada en el Hospital, no puede ser considerada separadamente de su vida anterior y de su vida futura. La trabajadora social, que conoce la situación del enfermo antes de su ingreso, debe guiarlo adonde el médico tratante para hacerle conocer todo lo que concierne a su posición social y a su salida; se deberá ocupar de su ex-paciente y hacer todo lo posible por conservar su salud.

El presente de un enfermo, lo mismo que la enfermedad, los dolores, lo mismo que las incertidumbres del tratamiento, las esperanzas, los recuerdos, que absorben toda su atención, influyen penosamente sobre su vida; una pesada inquietud por el cuidado de su familia, privada de su protección, pesa sobre su espíritu, provocando a menudo una grave depresión psíquica, que se agrega al dolor físico, impidiendo el proceso de la curación y destruyendo en parte el trabajo del médico del Hospital.

Esta situación se acentuó más con el perfeccionamiento de la organización hospitalaria, como lo señala con tanta justeza Armando Delille. La especialización de los servicios y de las atribuciones hacen que el médico sólo pueda ver la enfermedad del sujeto y, fuera del estado patológico, él no conoce por lo general nada referente a la vida del enfermo antes de su enfermedad e ignora lo que pasará una vez que sea dado de alta, desconociendo su verdadera condición económica y moral, y si logra enterarse de algo, nada podrá hacer en su favor para modificar su situación, salvo algunos consejos sin consecuencia práctica. Esta fué la expresión del pensamiento del personal médico de los hospitales, dominados durante algún tiempo por la clínica y por los resultados de los exámenes de Laboratorio; época en la cual la anamnesis del enfermo no contenía sino la reseña por él dada, sin referirse a las condiciones sociales.

Pero el médico de Hospital no disponía de medio alguno auxiliar que le permitiera traspasar los linderos de su Servicio y es difícil, si no imposible, el obtener una anamnesis social objetiva del enfermo, de hacer un diagnóstico social exacto, de definir una terapéutica social; en fin, de recurrir a medidas de profilaxis social, mientras que los métodos de acción general dependan solamente de los resultados de la observación clínica y de la terapéutica individual.

Es en esta atmósfera psíquica del mundo médico que nace la idea del Servicio Social aplicado a los Hospitales y que después se extiende a todas las formas de asistencia, del Servicio Social tal como hoy lo entendemos, y decimos esto porque, en el sentido más amplio, este Servicio es tan antiguo como el mundo, porque es propio de la especie humana ayudarse los unos a los otros. Pero el progreso ha complicado la organización social y a medida que las ciudades crecen y los campos se pueblan los problemas se complican y ya no es suficiente la caridad, la filantropía o la buena voluntad para resolverlos; precisan el método, la ciencia, la técnica, es necesario el saber, para corresponder a los ideales perseguidos por Cabot, quien expresara: "La finalidad del Servicio Social en los Hospitales es obtener tal comprensión del enfermo y sus intereses que le permita completar los esfuerzos de médicos y enfermeras, tanto en la comprensión como en el tratamiento de su mal". Merced a los esfuerzos de Cabot el movimiento se extendió por el orbe, invadiendo todos los campos de la actividad humana; pero los diversos problemas planteados prueban que los distintos países contemplan el fin y la organización del Servicio Social de los Hospitales de una manera diferente. El doctor Cabot mismo, en su discurso pronunciado en la clausura de la Primera Conferencia de Servicio Social realizada en París en 1928, se alza contra la tendencia que consiste en imitar, sin discernimiento, en un país, los métodos de otro en donde las condiciones y las costumbres son diferentes.

La labor corriente de la trabajadora social consiste en practicar visitas a los Servicios del Hospital, participar en la admisión de enfermos, entrevistarse con los médicos sobre cuestiones relativas a la asistencia.

Con el propósito de que pueda realizar su labor lo más pronto posible con los casos que necesitan de su intervención deberá presentarse diariamente a la oficina de admisión del Hospital para examinar los documentos de cada enfermo a su entrada, a fin de orientarse bien.

Si el estado del enfermo lo permite, se entrevistará con él en la sala de recepciones, que deberá estar equipada y llenar las condiciones, a fin de que se pueda establecer un buen contacto psíquico con los enfermos y obtener las facilidades técnicas que permitan las relaciones rápidas con las instituciones y los órganos de asistencia social.

Es incuestionable que la rapidez de los auxilios aporta al enfermo y a su familia una condición esencial de éxito y de buen rendimiento de trabajo de la trabajadora social, como también de la influencia ejercida sobre la mentalidad del enfermo y el curso de la enfermedad, que todos los obstáculos burocráticos deben ser descartados.

La trabajadora social es la colaboradora indispensable del médico de Servicio hospitalario, por lo cual ellas se vuelven secretarias sociales. El médico-jefe de un Servicio de Hospital da las directivas necesarias de carácter médico y lleva el control correspondiente.

Esta nueva carga puede parecer superior al esfuerzo; pero es muy interesante. El interés médico crece paralelamente a la obra social, el médico sigue su método aun fuera del Hospital y así conoce las familias de sus enfermos hospitalizados, el ambiente, y los estudiantes de Medicina de su Servicio se forman en esta nueva faz asistencial, poniéndose al corriente de las leyes sociales.

No se puede imponer a un jefe de Servicio el Servicio Social, pero hasta el presente todos aquellos que han conocido la utilidad de éste, no han permitido que se les prive de esta nueva forma de colaboración y no conciben cómo puede funcionar un Servicio hospitalario sin Servicio Social.

El doctor Cabot se expresaba, con relación a este punto, de la manera siguiente: Si los médicos y los funcionarios del Hospital no comprenden el rol del Servicio Social y no apelan a la asistencia social en su ayuda, ellos no podrán trabajar útilmente. No podrán

imponer a nadie sus servicios; pero en la mayor parte de los Hospitales es suficiente que la trabajadora social haga un buen trabajo durante algunos meses para convencer a los médicos de que ellos no pueden cumplir su misión de una manera útil y eficaz sin la ayuda del dominio social.

Este rol tan importante que asume la trabajadora social demanda o impone que, al lado de cualidades morales e intelectuales, figure de modo indispensable una buena calificación desde el punto de vista de la enseñanza especializada.

La organización del Servicio Social en los Hospitales rinde un gran número de beneficios inmediatos a los miembros poco afortunados de la colectividad y también aumenta el interés sobre las fuentes de posibilidades no utilizadas y desconocidas por ellos, en su función cultural, en su misión profiláctica, colocando al hombre en las mejores condiciones de lucha.

Goldman sostiene la tesis de que cuanto más efectiva es la organización del Servicio Social más grandes son las economías en la administración hospitalaria, sobre todo la disminución de la estada del enfermo; y cita como ejemplo la ciudad de Kiel, en donde, en 1925, la actividad de una trabajadora social de Hospitales produjo a la caja municipal una economía de 78,000 marcos en el capítulo de estancias.

Es muy importante, dice Chodzko, para la actividad médica y científica de un Hospital dar a los médicos las posibilidades de una observación después de su salida del Hospital, lo que es factible conseguir en la actualidad merced a las ventajas que ofrece el Servicio Social. Igualmente, este Servicio ha permitido establecer en los hospitales el trabajo de los enfermos, que constituye un factor psíquico de primer orden y una parte esencial del tratamiento moderno.

Es, pues, para responder a una vieja necesidad que el asistente social aparece. Esto no significa que los médicos y enfermeros de un Hospital no desempeñen bien sus labores y no practiquen diariamente actos que van más allá del cumplimiento de sus deberes, que son siempre especializados y precisos.

Las funciones de la trabajadora social no están absolutamente estandardizadas, y a veces difieren según los establecimientos, pero son esencialmente las siguientes, según Mc Mullen:

Ponerse en contacto con los nuevos pacientes ingresados al Hospital;

estudiar a los enfermos para determinar sus reacciones emocionales;

conocer su ambiente y su situación financiera;

intervenir, si es necesario, en sus relaciones familiares o sociales, indagando los motivos de su malentendimiento y modificar sus causas;

cooperar en su tratamiento, procurando retenerlo en el Hospital hasta que sea alcanzado el máximo de mejoría;

trasladar a los enfermos a los diversos establecimientos de asistencia, cuando esté indicado el caso;

colocar a los enfermos en las casas de convalecencia, a fin de llevarlos a una completa curación, abreviando así su estada en el Hospital;

ponerse en relación con los diversos centros de trabajo, haciendo las gestiones e indicaciones necesarias y asegurar, si es posible, la instrucción profesional; investigará si el trabajo o las condiciones en que se realiza puede ser causa de recaída y constatar que el tratamiento prescrito se cumpla;

establecer relaciones con todas las instituciones del lugar que se interesen por el bien social, y

ayudar a los enfermos en todo aquello que tienda a aliviar su situación física, moral e intelectual.

La trabajadora social juega un papel tan importante en todas las formas de asistencia, que un médico pediatra muy distinguido de Chicago, el doctor Brennemann, está de acuerdo en que: "Es la atmósfera moral del Hospital la que hace o destruye su buen nombre y su utilidad. El niño enfermo cuidado tal vez lo mejor posible, el estado mayor médico escogido tal vez entre los clínicos y sabios más reputados, el Administrador tal vez más sabio que Salomón y tan justo como Arístides, y garantizar que toda la máqui-

na administrativa marcha como sobre ruedas; enfermeras las más inteligentes y mejor calificadas posible; los internos y los médicos de día pueden ser los mejor entrenados y preparados para cumplir sus deberes, quienes pueden salir del Hospital a las 7 de la noche y no retardarse jamás para el desayuno; y, a pesar de todo esto, faltará aún en el Hospital una chispa vital, si la institución toda entera no está penetrada del espíritu de colaboración y de buena voluntad y, como lo dice de una manera bella Emerson, "del elemento amor que se infiltra por todo, como el éter". El Servicio Social, entre las manos del médico, da este elemento noble de bases como de formas reales".

De esta manera, se ha llegado a concebir la asistencia individual como una verdadera reeducación, como un acto de solidaridad humana, y no como simple caridad o filantropía. Aplicada al conjunto de la personalidad en sus relaciones familiares, profesionales y sociales, esta obra debe adaptarse a las condiciones propias de cada caso y prolongarse mientras sea necesario.

La filantropía trata los síntomas, dice René Sand, pero no las causas y atribuye a defectos personales el estado de cosas y no conoce a menudo la acción de los factores generales, delante de los cuales la sociedad moderna pone barreras preventivas.

La palabra inglesa **almoner** se asocia naturalmente a la distribución de limosnas, que juega en realidad un rol nulo en la obra social, manera de auxiliar de otrora y de entretener la miseria. Los ingleses mismos se han visto obligados a recurrir a la expresión Servicio Social.

Hemos salido, pues, lentamente del período en que se atribuían todos los males a la miseria. Hoy se sabe que pueden ser múltiples las causas que han llevado al individuo a ese estado, formando un círculo vicioso que la asistencia social pretende romper a fin de colocar al individuo en situación normal. Así llegó Mary Richmond a establecer lo que llamó el "caso individual". Dice Zwanck, en presencia de un caso de miseria, enfermedad social, pobreza, abandono o delincuencia, lo que es necesario averiguar es con qué intensidad ha sido herido ese cuerpo o esa alma, para eliminar de ese organismo material o espiritualmente la enfermedad constata-

da''. Por eso estableció Mary Richmond el diagnóstico social, en que, constatada la causa, se establece el ''tratamiento social''.

Los servicios públicos de asistencia, previsión y educación han tomado una gran extensión y continúan desarrollándose con gran rápidez, abriendo nuevas vías y realizando nuevas perfecciones. Es con este espíritu, como dice René Sand, que la Primera Conferencia Internacional de Servicio Social, escuchando todas las tendencias, haciendo un llamado a los especialistas en la acción social y reuniendo a todos los hombres y mujeres venidos de todos los países, ha definido el Servicio Social como el conjunto de los esfuerzos que tienden a:

a).—Aliviar los sufrimientos que provienen de la miseria (es la asistencia paliativa);

b).—Colocar a los individuos y a las familias en condiciones normales de existencia (es la asistencia curativa);

c).—Prevenir los flagelos sociales (es la asistencia preventiva), y

d).—Mejorar las condiciones sociales y elevar el nivel de existencia (es la asistencia constructiva).

De esta manera, el Servicio Social va más allá de la caridad, de la filantropía y de la asistencia, y se distingue por su carácter científico, por su tendencia a la investigación de las causas y por la extensión de su campo de estudio y de actividades.

El Servicio Social tiene dos formas:

I.—El Servicio Social de casos individuales, y

II.—El Servicio Social colectivo.

El Servicio Social en los casos individuales ayuda a los individuos y a las familias en sus necesidades tanto materiales como espirituales. Está basado sobre la reeducación de los interesados, sobre la ayuda de los padres, de los vecinos, de los amigos, de los patronos; sobre la colaboración del sacerdote, del médico, del enfermero, del psiquiatra, del maestro; y, como dice René Sand, se distingue por su acción razonada, perseverante, intensiva, tendente a levantar al individuo y a su familia. Mary Richmond, en páginas admirables, ha definido el Servicio Social de casos individuales como ''el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajus-

tando consciente e individualmente al hombre y su medio social''.

El Servicio Social colectivo trata de modificar el ambiente buscando el equilibrio entre éste y los individuos y, por lo mismo, suministra a todos los necesitados cuidados, instrucción, distracciones, es decir, todo lo que protege o enriquece la existencia y lleva a la vida normal.

Ambas formas de Servicio Social permiten no sólo el estudio sino también la propaganda sociales, que consolidan y perfeccionan la asistencia. Además, ilustran a la opinión pública, preparan las reformas y facilitan su aplicación.

El Servicio Social recibe la contribución de las ciencias sociales y económicas, del derecho, de la pedagogía, de la biología, de la psicología, de la medicina y de la higiene, asociándose todos estos elementos, como dice René Sand, en una vasta síntesis: **el arte de ayudar al prójimo.**

II

El Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente constituye una rama muy importante de la labor social.

Los primeros experimentos se remontan a 1905, cuando el Hospital General de Massachusetts, de Boston, y el Hospital Bellevue de Nueva York, comenzaron a emplear trabajadoras sociales para ayudar a aquellos pacientes restablecidos de dolencias neuropsiquiátricas. Pero estos experimentos iniciales y los que siguieron poco tiempo después en varios Hospitales del Estado de Nueva York, así como también en el Hospital Psicopático de Boston, a sugerencia del doctor Ernest Southard y de la señorita Mary Jarrett, únicamente anticipaban una fase del desarrollo profesional que desde entonces se viene produciendo.

Al principio esta labor estuvo dirigida hacia el cuidado de los enfermos de la mente dados de alta, y si es cierto que estos pacientes continuaron monopolizando el interés de la trabajadora social psiquiátrica de manera considerable, es igualmente cierto que la profesión hoy día ha extendido su radio de acción abarcando otros tipos de problemas.

Algunas influencias han contribuído a este ensanchamiento focal. Una de ellas fué la Guerra Mundial, debido al reto que lanzaba en la persona de los soldados víctimas del "shell-shocked" y al impulso que se llegó a dar a la preparación de los auxiliares psiquiátricos — al que algunas veces se ha atribuído el crédito de haber inspirado la labor social psiquiátrica. Aunque la Guerra llegó a precipitar una articulación súbita de los objetivos y los primeros intentos en dirección al entrenamiento profesional, estos resultados fueron posibles debido a la influencia de otras fuerzas que antecedieron.

Entre estas fuerzas tuvo singular significado la difusión de las enseñanzas de la escuela de Freud y el énfasis que la acompañó, tanto en la historia del paciente como en las potencialidades de la orientación de la niñez. Asimismo, el movimiento de Higiene Mental, desde su comienzo, señala enérgicamente la necesidad de Clínicas y llegó a desempeñar un papel más importante de lo que se cree, no sólo en la organización de éstas, sino que despertó la atención hacia la función preponderante que estaba llamada a llenar la trabajadora social psiquiátrica dentro de dichos organismos. Además, el plan de servicios de los dirigentes del movimiento de Higiene Mental y la demostración de la orientación de la niñez llevada a cabo por el Fondo Commonwealth, vinieron a cristalizarse en un molde que constituye en la actualidad una pauta acertada de la organización del personal del Servicio Social Psiquiátrico que, en los Estados Unidos de América, es encarado como un Servicio autónomo en donde el médico del Hospital está en la obligación de servir; Servicio integrado, por lo general, por un psiquiatra Jefe y sus ayudantes y una trabajadora social psiquiátrica Jefe y sus auxiliares, y decimos por lo general porque, con frecuencia, se agregan psicólogos y muchas veces médicos, de acuerdo con el volumen del Servicio.

Dentro de su actual dominio quedan comprendidos: 1º todos los problemas en los cuales predominan los factores psicóticos o neuróticos, o en los cuales el defecto mental es primario; 2º el grupo de problemas que se encuentra más cercano a las posibilidades de prevención, los llamados trastornos del comportamiento y las perturba-

ciones de los hábitos en los niños. Esta es una rama de los trabajos con los casos que suele practicarse, por lo regular, bajo los auspicios de instituciones: Hospitales para enfermos de la mente y escuelas para débiles mentales, y también en las Clínicas de Higiene Mental y en las de Pro-orientación de la niñez. Además, hay que tener presente que existen ciertas agencias u organismos, fuera de los Hospitales y de las Clínicas antes mencionados, de las que se puede decir que brindan también facilidades para el trabajo social psiquiátrico. Esto se refiere a las agencias ocasionales de ayuda familiar o de bienestar de la niñez, en cuyo personal suele estar incluído el psiquiatra y la trabajadora social psiquiátrica.

Es decir, este Servicio se ocupa de todas las formas de asistencia social y de higiene mental y, por lo mismo, no sólo atenderá a la curación y mejoría de los enfermos de la mente, sino que también llevará a cabo labor profiláctica.

Si se tiene en consideración el papel que desempeña el Servicio Social y el número alarmante de enfermos de la mente, se comprenderá la importancia de aquél en los Hospitales Psicopáticos, en los servicios abiertos, en los Dispensarios de Higiene Mental y, en general, en todas las instituciones de asistencia psiquiátrica.

A medida que el estigma de la enfermedad mental se va atenuando y progresan las instituciones asistenciales, aumenta la población de asistidos. El estudio y mejor observación de un número cada vez mayor de hospitalizados, el establecimiento del Consultorio Externo, del Servicio Social y el desarrollo de la labor preventiva, son factores poderosos para el avance de la Psiquiatría, que se proyecta en un sector extenso. Ahora tenemos una mejor comprensión de los conflictos que surgen en el inconsciente y de su relación con los desórdenes de la personalidad, concepto que lleva al psiquiatra a los campos de la delincuencia, de los desvalidos y de la educación, hecho de la mayor importancia desde el punto de vista de la higiene y de la profilaxia mentales.

Para hacer obra de previsión y para atender al número cada vez mayor de enfermos mentales, la Psiquiatría se socializa, gracias a las aplicaciones prácticas de los conocimientos adquiridos en el estudio de la alienación mental, y pide, además de las institucio-

nes conocidas, una serie de organismos diferenciados de asistencia y profilaxia ambulatoria: clínicas de hábitos, clínicas pro-orientación de la niñez, clínicas de orientación profesional. Los psiquiatras se interesan por el estudio de los criminales, de los epilépticos, de los débiles de espíritu y por la lucha contra la toxicomanía. Organización que permite atender al número alarmante de enfermos, ya que en su mayor parte no son tributarios de la reclusión; medida que se toma, por lo general, cuando se trata de pacientes peligrosos. Muchos enfermos no tienen necesidad de ser internados; éstos pueden ser atendidos en los Consultorios Externos o recibir asistencia en su propio domicilio.

Por eso, la Psiquiatría y la Higiene Mental pueden dividirse esquemáticamente en: lo **custodial** — que es la preocupación por los rasgos insanos, casi siempre de mal pronóstico; en lo **terapéutico**— que es la preocupación por los casos que brindan promesas de mejoría o restablecimiento; en lo **preventivo**—que es la preocupación por aquellas condiciones que influyen en el desarrollo de los rasgos del comportamiento; y en lo **positivo**—que es la preocupación por los rasgos y condiciones que aseguran los más altos niveles de felicidad y eficiencia.

El estudio de la historia de la vida de los pacientes mentales, de los delincuentes, de los dependientes y de los escolares, ha revelado la génesis de los problemas mentales y las oportunidades para prevenirlos, y ha creado al mismo tiempo métodos de medida del desarrollo psíquico y de estudiar el ambiente humano, las relaciones y las actividades sociales.

Por consiguiente, el esfuerzo para fomentar la salud mental debe ser la preocupación de diversas profesiones. Esto abarca la consideración de las personalidades de los maestros, médicos, enfermeros y de otras personas que puedan influír, debido a sus cargos de cuidar enfermos y deficientes mentales y quienes deben procurar establecer sistemas más individualizados en las escuelas y prestar un tratamiento más intenso; y se deberá procurar también mayor atención al examen somático.

Los últimos años han sido testigos del interés creciente de la Pediatría por recoger las enseñanzas de la Psiquiatría. Esta nece-

sidad de utilizar los conocimientos psiquiátricos en todo lo que concierne al crecimiento y desarrollo del niño ha dado lugar a experimentos prácticos en este campo, que han sido bien acogidos por los pediatras.

Muchas de las principales escuelas de Medicina de los Estados Unidos se han dedicado a la búsqueda de los medios por los cuales la aproximación psiquiátrica al niño podrá ser integrada con la práctica de la Pediatría, y, en conexión con las instituciones públicas y privadas, se han establecido clínicas con el fin de estudiar y tratar los trastornos mentales asociados a la falta de trabajo y a la inseguridad económica, y la Iglesia ha comenzado también a suministrar facilidades para la adaptación a los problemas familiares. De ahí que en el campo de la labor social se va haciendo notable la creciente necesidad de trabajadoras sociales psiquiátricas expertas en Higiene Mental.

De esta manera se podrá ver que la Higiene Mental ha llegado a considerarse como elemento indispensable en la preparación de todos los individuos y profesiones que tienen una responsabilidad especial en la educación, orientación y adiestramiento de la personalidad.

El significado social de las enfermedades mentales está indicado por su número, por la invalidez a que da lugar y la carga que ellas imponen a la sociedad.

El aumento del número de enfermos de la mente es un fenómeno universal que preocupa a los Poderes Públicos y a todos los que se interesan por el progreso y bienestar de la humanidad, porque de la eficiencia psíquica depende el engrandecimiento de las naciones y porque un sinnúmero de hechos que perturban el orden y el adelanto de la sociedad guardan estrecha relación con los trastornos de la mente. Sujetos que padecen de psicosis, de deficiencia mental o de epilepsia, que son los tres grupos mayores y de más significación social, constituyen gran parte de la población hospitalaria.

Dentro del criterio de asistencia diferenciada se debe considerar a los epilépticos, enfermos con frecuencia peligrosos, sin negar que existen simples convulsivos o epilépticos privilegiados que pue-

den ocupar puestos de responsabilidad y tener dotes sobresalientes en diversas manifestaciones de la actividad humana.

El tratamiento de la epilepsia se encamina, hasta ahora, a reducir el número de ataques. Dichos ataques disminuyen seriamente la capacidad adquisitiva y productiva y llegan a frustrar al paciente en tal grado que es muy fácil que presente defectos de la personalidad.

Los niños epilépticos encuentran grandes dificultades para adaptarse a las escuelas, aunque es de advertir que algunas suelen tener clases especiales para determinados casos, permitiendo a los más benignos permanecer en las clases regulares.

El tratamiento de un epiléptico depende, en gran parte, de la compenetración de su mal y de su cooperación, particularmente para evitar las situaciones difíciles de su vida. El trabajo rutinario es aconsejable y el enfermo debe gozar del mayor grado de libertad que sea compatible con su seguridad personal.

Los epilépticos deteriorados o aquellos que sufren de frecuentes ataques que constituyen un grave riesgo, requieren, indudablemente, asistencia institucional especializada. Mientras no se presenten trastornos de consideración, mientras se encuentren en condiciones de hacer una adaptación satisfactoria, ellos podrán recibir tratamiento en su propio domicilio o en los organismos de asistencia ambulatoria.

Toda vez que los hijos de los débiles mentales son tan susceptibles de convertirse en cargas sociales, la esterilización se asoma como medida preventiva.

Aparte de la esterilización, el programa moderno incluye, de manera especial, la enseñanza.

La escuela pública es la agencia docente más importante, pero por lo general no es suficiente, y muchos necesitados reciben enseñanza en los Tribunales Infantiles y organismos que suelen dedicarse a otros menesteres.

En la actualidad se reconoce, de manera general, que los niños mentalmente deficientes son colocados con demasiada frecuencia en clases especiales por el simple hecho de que "están fastidiando" a los demás, y no como resultado de un plan educacional prolijo.

Las clases modernas especiales consideran de preferencia la personalidad del niño, toda vez que un defecto de ésta es gravísimo en quien tiene un haber muy escaso. Las actividades bien ordenadas deben encaminarse, por lo tanto, a vencer el sentido del fracaso social y se debe procurar desarrollar oficios manuales especiales donde sea posible. La individualización creciente de las escuelas elementales ha convencido a muchos educadores de que la mayor parte de los mentales deficientes son susceptibles de adiestrarse hasta cierto grado, y se pide que los profesores de estos enfermos estén poseídos de un caudal de conocimientos especializados más allá de aquellos que caracterizan a los profesores de grados elementales. Una minoría de los niños mentalmente deficientes requieren instrucción y asistencia institucional. Para procurar mejor la adaptación social, se han establecido muchas instituciones sobre la base de pequeñas colonias, cuyos miembros son empleados en las colectividades vecinas. Algunas de estas colonias pueden proveer a su sustento o, por lo menos, casi llegan a realizarlo. El objeto principal del plan, sin embargo, no estriba en reducir el costo del cuidado sino en proveer una oportunidad vocacional.

El moderno tipo de Hospital para enfermos de la mente permite la clasificación y el tratamiento de los enfermos de acuerdo con sus necesidades individuales. Los equipos e instalaciones para el tratamiento incluyen Laboratorios, Clínicas de diagnósticos, salas de Fisioterapia, Gabinetes de Odontología, centros de Laborterapia, salas de Gimnasia y bibliotecas, además de las instalaciones de orden médico y quirúrgico equipadas como las de los Hospitales generales.

La asistencia adecuada, como es fácil comprender, depende del personal, que debe ser bien preparado y estar en proporción con el número de asistidos.

Los Hospitales Psiquiátricos han comenzado a colaborar con las escuelas de Medicina con el fin de proporcionar el adiestramiento en Psiquiatría a los estudiantes de Medicina.

En esta clase de Hospitales todo enfermo, al ingresar, es sometido a un amplio examen físico y mental, al mismo tiempo que se estudia la historia personal del enfermo y de su familia, para hacer después el diagnóstico y el tratamiento correspondiente.

La enfermedad mental cuesta sumas muy apreciables al Estado. Edificar, equipar y sostener Hospitales para enfermos de la mente representa grandes desembolsos; y si se toma en consideración la pérdida de la facultad adquisitiva de los pacientes, el costo anual es enorme.

La mayor parte de los Hospitales para enfermos de la mente se encuentran sobrepoblados y con frecuencia los pacientes no pueden ser admitidos, y numerosos enfermos permanecen todavía en hospicios, asilos e instituciones penales en que el cuidado psiquiátrico es inadecuado. Existe una demanda creciente para que se dé facilidades psiquiátricas en los Hospitales Generales en donde se podría observar y tratar pacientes mentales, a lo menos mientras se realizan los trámites para su internamiento.

Se ha dedicado en los últimos años mucho interés a la rehabilitación de los enfermos dados de alta de los Hospitales mentales. Los enfermos que han mejorado lo suficiente para reanudar su vida en la colectividad son supervigilados por una trabajadora social psiquiátrica, quien establece el nexo entre el Hospital y la colectividad, lo que está dando muy buenos resultados, pues está disminuyendo el número de reingresos.

El Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente adquiere mayor importancia si se piensa que muchos de los enfermos de Medicina General son en realidad trastornados por sus hábitos, por sus actitudes y problemas vitales, más bien que enfermos somáticos. Cálculos hechos sobre la extensión de este factor no orgánico en todos los campos médicos varían, pero, por lo regular, oscilan alrededor del 60%. Este hecho está absorbiendo más y más la atención de los médicos y gran parte de la reciente expansión de los departamentos psiquiátricos de las escuelas de Medicina y su aproximación creciente a otros departamentos, se debe a la necesidad que existe de alcanzar mejor tratamiento para estos casos. De la misma manera, el incremento marcado de las facilidades que ofrecen los Dispensarios para pacientes externos y el uso de estos organismos por otras agencias de la colectividad, reflejan el reconocimiento de las malas adaptaciones humanas.

El desarrollo de clínicas psiquiátricas para niños constituye una de las mejores tentativas de previsión, pues se ha reconocido que muchos de los trastornos de la mente en el adulto tienen su origen en la niñez.

Lo mismo que la enfermedad mental incluye graves trastornos del comportamiento, llamados desde el punto de vista jurídico insanidad y estados menos graves como las neurosis, la deficiencia mental comprende a los francamente débiles y estados menos ostensibles. que van desde el idiota hasta el morón.

El problema moderno toma en cuenta el hecho de que la debilidad mental, en el sentido social, con frecuencia puede prevenirse y aun curarse. Los fracasos sociales son a menudo el resultado de la falta de la colectividad al dejar de proveer núcleos adecuados de enseñanza y ambiente apropiados.

La previsión y el tratamiento de las enfermedades o trastornos mentales suele brindar mayor optimismo en los años tempranos de la vida, cuando el desorden se halla menos arraigado o quizá no establecido. La clínica psiquiátrica para niños es el tratamiento primordial por medio del cual se puede llevar a cabo la previsión y el tratamiento. Estas clínicas se ocupan de preferencia del estudio y tratamiento de niños cuyo comportamiento expresa una tendencia malsana del desarrollo. Las dificultades de la conducta en la niñez con frecuencia constituyen signos precoces de los problemas mayores: delincuencia, enfermedad mental, dependencia, fracasos escolares.

Existe una extensa y creciente tendencia entre los Hospitales para enfermos de la mente a reconocer la relación lógica entre su labor intramural y los problemas de la colectividad, y a participar en la solución de los mismos por medio de clínicas ambulantes y servicios de consultas.

Las clínicas suelen llevar a cabo un volumen considerable de educación colectiva y ésta podrá asumir la forma de educación profesional, especialmente con el maestro, con la trabajadora social, miembros del clero, jueces, trabajadores judiciales, médicos, enfermeros y otras personas que tienen que encarar una variedad de problemas del comportamiento.

Los casos referidos a las clínicas por estas personas proveen de una base sólida para la enseñanza clínica. Algunas clínicas aceptan estudiantes para su especialización en Psiquiatría, Psicología y para labor social. Los trabajos clínicos supervigilados, la concurrencia a las conferencias sobre los casos y los cursos didácticos, así como la participación en discusiones y los proyectos de estudios, también forman parte de la especialización. Otras dos funciones de estas clínicas son: la organización de la colectividad y los trabajos de investigación. Con frecuencia, las clínicas utilzan los conocimientos adquiridos de los pacientes para atacar los defectos y vicios de la estructuración social de la colectividad, y miembros del personal de la clínica prestan sus servicios en las instituciones encargadas de idear proyectos de socialización. La investigación científica, basada en la documentación de los casos, ha dado por resultado mejoras continuas y perfeccionamiento en los detalles y análisis de los casos, así como también en el carácter práctico del tratamiento.

La orientación de la niñez es una rama de la Higiene Mental que se ocupa de todo lo concerniente a la personalidad y desórdenes de la conducta de la niñez y que toma en cuenta, además, las interacciones complejas entre el niño y su ambiente, y trata de ayudarlo a conseguir una orientación práctica que ha de servirle en sus relaciones con el mundo.

La orientación de la niñez nos brinda un método para el estudio y tratamiento científico de los niños, quienes por sus actitudes y comportamiento en el hogar, en la escuela y en la colectividad, presentan dificultades para el logro de una adaptación satisfactoria a las exigencias que demanda el cotidiano vivir.

Existen múltiples manifestaciones de la mala adaptación de la niñez. En los niños tiernos especialmente éstas constituyen, en su gran mayoría, determinados hábitos malsanos, tales como: chuparse los dedos, comerse las uñas, orinarse, masturbarse, ciertos movimientos corporales, caprichos y antojos alimenticios. Las malas adaptaciones pueden hacer su aparición en forma de rasgos indeseables de personalidad: supersensibilidad, terquedad, tendencias temperamentales, soledad, querellas constantes, pereza, falta de interés o ambición, timidez exagerada, intranquilidad general. Otras

manifestaciones podrán asumir la forma de tendencias antisociales como: la mentira, el hurto, hacerse la vaca o hacer novillos, tendencia a destruír, cólera o pataleta, suspicacia, rebeldía contra la autoridad, intereses sexuales insanos o prácticas sexuales anormales. Algunas veces se ha constatado que los niños problemas padecen de trastornos mentales definidos. Si es verdad que la Clínica Pro-orientación de la niñez se ocupa esporádicamente de tales casos así como de los niños mentalmente débiles o deficientes, su labor propiamente dicha es únicamente llevada a cabo con aquellos niños que son capaces de una adaptación más o menos normal.

Aunque los problemas del comportamiento de la niñez y de la adolescencia desde hace mucho tiempo constituyen un reto a los recursos de los organismos protectores de la infancia, hay que advertir que los esfuerzos iniciales encaminados a tratar dichos problemas carecían generalmente de dirección científica. El movimiento Pro-orientación de la niñez, basado en principios científicos del estudio y adaptación de los niños, se remonta a la fundación del Comité Nacional de Higiene Mental por CLIFFORD W. BEERS, en 1909, y su desarrollo es contemporáneo con el desenvolvimiento del interés público y profesional sobre esta materia.

Desde la fundación del Comité Nacional de Higiene Mental se ha venido prestando cada vez más atención a los enfermos de la mente. No sólo ha progresado el tratamiento psiquiátrico de los adultos mal adaptados, sino que se ha presenciado al mismo tiempo un mayor interés, tanto en la investigación científica como en la práctica, en lo que respecta particularmente a los primeros años de la vida humana. Un estudio minucioso del desarrollo del proceso en el adulto mal adaptado suministra pruebas de que las raíces de sus dificultades estaban en la infancia. Una mejor comprensión de los caracteres decisivos de estos años tempranos de la vida, que es cuando suelen adquirirse las actitudes que afectarán primordialmente al individuo en el futuro, abrieron el camino para la aplicación de las conclusiones de la Psiquiatría para las necesidades del niño mal adaptado.

La primera demostración práctica de un esfuerzo coordinado para la orientación de la niñez fué hecho por el doctor HEALY y

sus colaboradores, quienes establecieron en 1909 un Instituto Psicopático Juvenil en conexión con la Corte Juvenil de Chicago. La labor del doctor HEALY en Chicago y más tarde en Boston suministró gran parte del estímulo y la justificación para el movimiento de la orientación de la niñez que posteriormente se extendió por el mundo entero como una verdadera promesa para el mejoramiento social de la humanidad. Es cierto que en 1896 se había fundado, en Filadelfia, una Clínica Psicológica para niños, aunque hay que reconocer que durante algún tiempo tuvo escasos imitadores; en 1912, el movimiento para las clínicas psicológicas se puso en actividad y progresó tan rápidamente, que antes de finalizar el año 1914 existían más de una centena de ellas en los Estados Unidos, funcionando en conexión con escuelas de Medicina, Hospitales para dolencias nerviosas e instituciones estatales, escuelas y Tribunales. Muchas de estas clínicas, al principio, sólo daban importancia a los tests o pruebas mentales, pero gradualmente se dedicaron al estudio del niño y a la aplicación de las enseñanzas de la Psiquiatría a medida que éstas se fueron desarrollando; pero el primer esfuerzo bien organizado para fomentar las clínicas Pro-orientación de la niñez data de 1921, cuando el Fondo Commonwealth, como parte de su programa para la previsión de la delincuencia inauguró un plan quinquenal para el establecimiento de clínicas en un número de ciudades, el entrenamiento del personal y la provisión de maestros visitadores en ciertas escuelas públicas.

Como quiera que todo problema en la orientación de la niñez es un problema de "marco" del niño individualmente considerado, sólo se puede tratar en esta forma adecuada, tomando en cuenta todos los elementos relativos. Es de escaso valor práctico denominar a un niño simplemente: ladrón, vaquero o cobarde, en caso de que hubiera hurtado, faltado a la escuela o dejado intimidar fácilmente, porque detrás de estas simples denominaciones se levantan una serie de fenómenos muy complejos que sólo podrán ser comprendidos después de un estudio muy amplio del niño individual y del cuadro social y psicológico del cual él forma parte. De ahí que en la actual práctica la orientación de la niñez es cuestión de labor colectiva, que requiere los servicios del médico, del psiquiatra, del psicólogo y de la trabajadora social.

Los niños problemas son traídos a las clínicas por los padres, profesores, funcionarios de probación y trabajadoras sociales. En cada caso individual, después de una información amplia, el niño en cuestión será sometido a un cuidadoso examen médico; una inspección detallada de su desarrollo y también un estudio psicológico y educacional y una intensa investigación psiquiátrica. En su labor con los niños problemas suele utilizar todas las técnicas científicas disponibles, y sus esfuerzos se encaminan a dar un tratamiento constructivo y continuo, hasta que se logre la adaptación requerida. En este proceso, que muy a menudo abarca la reconstrucción del ambiente, la trabajadora social tiene una importancia vital. Uno de los servicios que con mayor frecuencia se requieren es aquel de conseguir la orientación vocacional para los niños mayores.

La influencia educativa y terapéutica del movimiento de orientación de la niñez, por lo general, se extiende más allá del niño individual: a los padres, a la escuela y aun a los agentes encargados del cumplimiento de las leyes. La orientación de la niñez está contribuyendo grandemente al contenido y método de los procesos educacionales y se está haciendo sentir mediante un mejor entendimiento de la personalidad y los valores de la conducta en la vida familiar. El movimiento tiende, además, a extender su influencia al campo del recreo, del taller y de la colectividad misma, con miras de eliminar todos los obstáculos al desarrollo saludable. En sus aspectos educacionales más amplios, la clínica de orientación de la niñez se preocupa no solamente del niño mal adaptado y de los individuos de su ambiente inmediato, sino también de la aplicación de los principios de la Higiene Mental en los diversos grupos sociales. En algunos casos, el interés por la orientación de la niñez ha sido directamente responsable de nuevas legislaciones y de la adopción de pautas nuevas en las prácticas sociales. Como parte principal del movimiento de Higiene Mental, la orientación de la niñez ha afectado hondamente el campo de la labor social y el programa docente de varias escuelas de trabajadoras sociales está prestando cada vez mayor atención a los problemas de la personalidad, tanto normal como patológica. Una influencia similar se está haciendo os-

tensible en el movimiento de coordinación entre padres y maestros, que está creciendo rápidamente, y en el interés público por los estudios del niño.

Es imposible aquilatar la cantidad exacta de sufrimientos individuales y mala adaptación individual y social, que ha sido evitada y que se sigue evitando en virtud de los trabajos en las clínicas de orientación de la niñez. El objeto primordial del movimiento de orientación de la niñez es hacer accesible a todos los niños los principios y la técnica de la Higiene Mental, que ha venido a luz como resultado de los trabajos clínicos con niños mal adaptados. Si fuera posible que todos los niños, al ingresar a la escuela, pudieran acogerse a los beneficios de semejante estudio amplio de la personalidad, tal como actualmente se encuentra disponible para aquellos niños mal adaptados, gran parte de la labor de reconstrucción y rehabilitación podría evitarse. Con el ensanchamiento de su campo de acción, a fin de poder incluír mayor énfasis en los trabajos educacionales y preventivos, el movimiento de orientación de la niñez está comenzando a hacer no solamente un servicio para niños mal adaptados, como lo implica su nombre, sino un medio de guiar a todo niño a una adaptación que se apoye sobre bases de la más amplia utilización de todo su poder y facultades.

III

La moderna organización de los Hospitales y demás organismos destinados a la asistencia de los enfermos de la mente ha dado lugar al desarrollo y progreso del Servicio Social Psiquiátrico. Sin enumerar las múltiples facilidades ya establecidas en este sector, en todos los países de avanzada organización asistencial, es incuestionable que dichos organismos y los psiquiatras se están esforzando por atender a las clamorosas necesidades de orden social. Los Tribunales de Justicia, los Centros de Salubridad Pública y las Agencias Sociales están incorporando en la actualidad psiquiatras como consultores para los enfermos que necesitan la ayuda de estos especialistas y, por fin, los psiquiatras que ejercen la medici-

na privada vienen encontrando necesario incluír a la trabajadora social en el ejercicio de sus actividades. Estas funciones modifican, limitan, desarrollan o acentúan el tipo o radio de acción de la labor social psiquiátrica. La búsqueda de datos para la historia clínica, el tratamiento social, las transferencias con las recomendaciones del caso a los diversos organismos, vienen a definir el conjunto de los trabajos del Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente. La trabajadora social psiquiátrica está reconocida como un elemento esencial en las instituciones para enfermos de la mente y se presume, por lo tanto, que debe haber adquirido una instrucción profesional especializada.

Desde un principio, la trabajadora social psiquátrica ha sido considerada como un agente ejecutivo, cuyos esfuerzos están encaminados a la readaptación del enfermo a su ambiente, a fin de que pueda vivir mejor y de manera eficaz, y al psiquiatra se le ha reconocido siempre como al terapeuta que, al asistir al enfermo, exige la ayuda de la trabajadora social, para llevar adelante un programa que contemple las necesidades psiquiátricas del caso.

En la asistencia social se ha constatado que un cambio del ambiente material del enfermo, además del tratamiento psiquiátrico, por lo regular no es suficiente. Por eso, el Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente está llamado, no sólo a suministrar nuevas vías de trabajo o empleos, recreos, educación y a mejorar las condiciones de vivienda del enfermo, sino también a ayudar a todas aquellas personas que rodean al paciente, para que pueda entender mejor y aceptar las necesidades de este último.

Al público, que no llega a penetrar en las profundidades de las expresiones de la actitud y del comportamiento, le parece muy fácil dar consejos o advertencias que sólo el psiquiatra, conocedor de las raíces más hondas de tales expresiones, es capaz de explicarlas y, por lo mismo, de suministrar las medidas del caso y ayudar a la trabajadora social en la tarea de hacerla más eficiente en el proceso de conseguir los resultados deseados, y hoy, después de 20 años de Higiene Mental en las escuelas de labor social y de los conocimientos adquiridos por el psiquiatra y la trabajadora social

en problemas con los casos individuales, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Que los éxitos derivados del Servicio Social con los casos desde el ángulo psiquiátrico podrán acrecentarse cuando aquellos individuos tratados reconozcan su problema y deseen el cambio; y cuando el tratamiento social no quede reducido únicamente al enfermo, sino que comprenda también a todos aquellos que rodean íntimamente al paciente y contribuyen a su vida.

Dependiendo del fondo y de las necesidades del enfermo y de su familia y de las facilidades psiquiátricas disponibles, la labor social deberá brindar medidas flexibles, evitando las ideas fijas respecto de la aproximación y de la técnica.

En todo centro psiquiátrico, la dirección y responsabilidad del tratamiento recae en el psiquiatra Jefe del Servicio en el cual el paciente recibe asistencia. El Servicio Social, al igual que los demás departamentos, se convierte en auxiliar del Servicio Psiquiátrico, dentro de tal marco. El psiquiatra, por esta razón, debe tener la responsabilidad de la admisión y el alta, alta provisional o alta bajo palabra, de un paciente. El Servicio Social es de gran ayuda al psiquiatra al llevar a efecto decisiones concernientes al ingreso, al tratamiento, licencia o alta. Esto no se debe solamente a los conocimientos que tiene la trabajadora social de los recursos de la comunidad y agencias sociales, sino también porque la trabajadora social es de presumir que se encuentra ya al tanto de la situación familiar del paciente y, por lo mismo, en mejores condiciones de aquilatar la dosis de estabilidad en el cuadro familiar, que permita llevar adelante las recomendaciones o planes del tratamiento.

La necesidad de educar al público sobre la importancia de los centros psiquiátricos constituye una función primordial. El Servicio Social en este aspecto se ha vuelto cada vez más útil y ha prestado mayor ayuda en su contacto con el público por medio de escuelas, agencias sociales, centros comunales y ciudadanos en general, para aclarar la política de los ingresos, los tipos de problemas mentales o dificultades del comportamiento que pueden ser aceptados para su tratamiento. Es únicamente por medio de la

conversación o discusión preliminar con los pacientes, por agencias de referencias o individuos, que muchos de ellos pueden ser ayudados para la aceptación emocional de la referencia. Se presume que estos organismos reciban también ayuda para presentar los datos acerca del paciente en forma de historia clínica u otra que sea la más aceptada para el ingreso.

Asimismo, el Servicio Social viene a convertirse en el nexo entre el centro de tratamiento y el mundo exterior, explicando o interpretando la condición del paciente con las expectativas psiquiátricas y las recomendaciones en el día del alta, en el arreglo del problema social, en la preparación del paciente frente a la situación que se le presenta, ante la desconfianza del público por una persona que ha sufrido de enfermedad mental.

Con referencia al tratamiento, la estrecha correlación entre los Servicios Social y Psiquiátrico es de vital importancia. No sólo tiene cada uno una contribución creciente que hacer al otro, sino que los fines del tratamiento deberán progresar de acuerdo con lo que se persigue.

Cuando se trata de temprana referencia de un caso por el psiquiatra al Servicio Social para obtener ayuda específica: facilidades de recreo, empleo, trabajo, colocación en algún centro de laborterapia, la trabajadora social deberá cerciorarse en primer lugar de algunas de las experiencias sociales anteriores del enfermo, a fin de poderlo guiar hacia aquellos recursos que puedan brindarle ayuda más eficaz y conveniente. De esta manera, aunque el contacto regular de la trabajadora social con el paciente mismo puede venir en último lugar en el tratamiento, el estudio de la situación social del enfermo deberá hacerse lo más pronto posible.

Para las labores intensivas con la familia, el Servicio Social deberá tener la oportunidad de iniciar el contacto al comienzo mismo del tratamiento del paciente, porque hay que tener en cuenta que, en muchos casos, la familia es igualmente enferma. Esto no sólo proporcionará al psiquiatra un cuadro más exacto de la realidad de los problemas del paciente, sino que permitirá al mismo tiempo que se dediquen los mismos esfuerzos para alcanzar el entendimiento de la familia de la situación del enfermo.

Esta correlación entre el psiquiatra y la trabajadora social exige el intercambio de sus actos y documentos y frecuentes entrevistas. La presentación de los casos a las conferencias del Cuerpo Médico incluirá no solamente a los otros psiquiatras, sino también a las trabajadoras sociales durante el período de asistencia, lo que es de gran valor para la adquisición de un consenso de opinión y para el tratamiento.

La búsqueda de datos para la historia clínica por el psiquiatra tratante es de la mayor importancia, pues no sólo sirve para el conocimiento del pasado y del presente del enfermo y de sus familiares, sino también como base indispensable para el tratamiento. Además, le brinda la oportunidad de familiarizarse con los parientes del enfermo.

Sin embargo, otros piensan que la trabajadora social psiquiátrica debería poseer la competencia necesaria para la toma formal de la historia clínica. Ya sea que el psiquiatra tome los datos para la historia clínica, ya sea que la trabajadora social lo haga, no se ha tropezado con dificultades en lo que respecta al tratamiento de los demás miembros de la familia por la trabajadora.

El estudio social comienza con el primer contacto de la trabajadora con el enfermo o la familia. Esto permite obtener un cuadro del ambiente emocional del enfermo y también de aquellos factores que circundan el desarrollo del problema del paciente. Esto suele llevarse a cabo por medio de entrevistas con las personas principales de la familia y con la información obtenida de la escuela, la agencia social o la hoja de trabajo. Asimismo, a partir de la primera entrevista ha comenzado el tratamiento y el concepto que se ha formado la persona que hizo la entrevista del paciente y de las experiencias que han contribuído a su problema, implican generalmente una reseña de la estructura familiar.

La aproximación deberá hacerse en el sentido de que el informante viene desde un principio a adquirir el entendimiento del que está participando en el estudio del problema. Ningún ofrecimiento o prescripción de parte de la trabajadora social suele hacerse durante este proceso preliminar. Como quiera que la trabajadora en-

caminará directamente la entrevista a una discusión de los sentimientos que dominan al paciente y que abarcan también a la familia, la persona entrevistada, es decir, la persona principal, es llevada progresivamente hacia la compenetración de la necesidad que tiene de ayuda, desempeñando ella también su parte en el estudio del caso, estudio que podrá desenvolverse en relación con el tratamiento.

Durante el estudio social suelen suscitarse algunas complicaciones, tales como: graves necesidades económicas, enfermedad de algún miembro de la familia, reacciones sintomáticas extremas de parte del enfermo, que deberán ser atendidas para aliviar la tensión del informante y permitir su descanso para la discusión de los problemas subyacentes.

Por medio del estudio social se obtiene un cuadro más nítido de la personalidad al mismo tiempo que de las reacciones de los miembros de la familia.

Debemos recalcar la importancia que existe de analizar el material así conseguido por el psiquiatra encargado de tratar al paciente. De esta manera, la trabajadora es ayudada en el entendimiento de las personalidades con que debe tratar. Debido a este análisis, el psiquiatra y la trabajadora social estarán en mejores condiciones para poder determinar el tipo de tratamiento, el foco de tratamiento social y el programa de la cooperación entre ellos.

Así, la investigación social sirve como proceso explorador para el estudio de la constelación familiar desde el ángulo económico, social y emocional, y para conseguir el alivio de los sentimientos del enfermo y ofrecer la oportunidad para el desarrollo de una relación de tratamiento.

Un plan de tratamiento social, que depende primordialmente del cuadro adquirido y del estado del enfermo, deberá seguir inmediatamente al estudio social. Esto podrá significar un tratamiento social encaminado únicamente a ayudar a los padres o a la familia para que ellos acepten un plan para la disposición del paciente, quien se encuentra demasiado perturbado o, en su defecto, cuya familia es demasiado inestable para asegurarle una readaptación razonable al hogar. Huelga añadir que todo tratamiento social im-

plica la utilización de las agencias y recursos de la colectividad en beneficio del paciente y de su familia en los casos indicados, tales como clubs atléticos y sociales, centros de oficios manuales y centros de recreo; escuelas para niños, facilidades para enviar al enfermo a algún internado (escuelas) o para colocarlo en hogares, centros de salubridad, campamentos al aire libre, medios de ayuda económica. Hay que tener presente que tales recursos de la colectividad no constituyen un fin en sí mismos sino que brindan los medios para formular un programa psiquiátrico. Permitir al paciente o a su familia que hagan uso constructivo de tales recursos es tarea que incumbe a la trabajadora social psiquiátrica.

IV

Los métodos del tratamiento social concerniente a las relaciones familiares emocionales deben estar basados en la habilidad del informante para expresar su problema en términos de sus relaciones sociales. La aproximación en estos casos se puede llevar a efecto por medio de la:

I.—Terapia de apoyo.
II.—Terapia persuasiva e interpretativa, y
III.—Tratamiento directo de las actitudes.

El tipo de tratamiento que deberá emplearse depende del estado general, de la estructura social y emocional del hogar y del grado de compenetración mostrado por el miembro o miembros de la familia sobre quienes el tratamiento está enfocado. El entendimiento, en este caso, incorpora también la aceptación por el individuo del tratamiento de su problema, tal cual lo vislumbra, y de su habilidad para reconocer hasta cierto grado su propia contribución al mismo tiempo que la contribución de los demás al problema.

Por medio de la terapia de apoyo se da comienzo a la aproximación en virtud de la cual el informante, después de escuchar la explicación de la asistente social sobre su función, discute el problema para el cual se busca tratamiento. Esta terapia ha resultado ser la

mejor forma para la primera aproximación y permite establecer la simpatía entre la trabajadora y el miembro de familia, que es tan necesario para el estudio social. Tiene por objeto hacer posible el alivio de los sentimientos de la persona entrevistada, lo que constituye quizá la contribución más importante en el tratamiento social psiquiátrico y señalar el molde o patrón de la persona entrevistada, pero únicamente por la declaración de la trabajadora del tono de la afectividad o de la relación que debe prevalecer entre ambos respecto del episodio relatado y no por la interpretación directa. Este método envuelve el uso frecuente de un espíritu imparcial que conduce al entendimiento afectivo y no crítico de la persona entrevistada por la trabajadora social, y de esta manera ésta última aporta el convencimiento de que el problema envolverá inmediatamente a ambas.

Algunas veces, la descripción de los episodios específicos se puede conseguir por medio de ejemplos o, en su defecto, por medio de una exposición, cuando la persona entrevistada hace una declaración general.

Las reacciones de culpabilidad o de defensa podrán ser traídas a la superficie cuando el material suministrado describe nítidamente tales sentimientos.

Estas oportunidades permitirán al informante expresar aquellos sentimientos que de otra manera quedarían reprimidos y para los cuales ha estructurado una angustiosa defensa.

Las aproximaciones pára conocer los sentimientos del informante resultan del más grande valor, siempre que la trabajadora se cuide de no añadir colorido ni interpretación alguna al material ya divulgado y procure obtener las explicaciones más detalladas posibles.

De esta suerte, la terapia de apoyo brinda una oportunidad para el alivio o liberación de los sentimientos y busca, al mismo tiempo, señalar indirectamente al individuo entrevistado su patrón de reacción. Muy a menudo suelen desarrollarse en forma de confesión los sentimientos reprimidos, que anteriormente el informante no deseaba conocer o admitir. La tranquilización constituye un instrumento de terapia de apoyo, debido a que la trabajadora social ayuda al informante a encarar y a aceptar sus sentimientos en vista

de las dificultades que él ha encontrado y las razones que él cree son las que motivan su actitud.

El tratamiento de apoyo no debe ser forzado; debe seguir buenamente el propio ritmo del informante, lo cual servirá como salvaguardia al tocar ciertas zonas afectivas extremadamente penosas o repugnantes para la persona entrevistada.

Cuando el paciente exprese su deseo de recibir mayor tratamiento será necesario llegar a una decisión en el centro psiquiátrico, ya sea que esté manejado por un psiquiatra o por una trabajadora social. La base para llegar a una decisión acerca del modo de tratar y seleccionar de un terapeuta depende en gran parte de la manera cómo la persona entrevistada exprese su problema, a saber, en términos de sus relaciones y actitudes sociales, o por medio de dolores vagos, suspicacias, dudas, sentimientos no identificados, etc.

Por medio de la terapia persuasiva e interpretativa, es decir, la que se realiza mediante persuasión e interpretación, se puede lograr de manera precoz el mejor entendimiento del comportamiento del enfermo o, en su defecto, se puede afrontar una necesidad urgente. Este método puede usarse como medio primordial de terapia únicamente cuando la persona entrevistada está capacitada para identificarse hasta cierto grado con el paciente y cuando por medio de la discusión con la trabajadora social la persona entrevistada acusa una habilidad suficiente para reconocer los factores causales y relacionarlos con el problema presentado.

Los resultados del estudio psiquiátrico del paciente deben explicarse en una forma directa y las necesidades de ciertas actitudes del mismo en el hogar deben interpretarse, a la par que se suministrarán recomendaciones para el futuro tratamiento o manejo.

Este método no es terapéutico en su valor para la familia; a menudo suele consistir en una o dos entrevistas. También se utiliza frecuentemente por la trabajadora social en las discusiones del paciente con aquellos miembros menos envueltos de la familia y que se manifiestan los más razonables acerca del problema del paciente y que tengan, además, mayor entendimiento de dicho proble-

ma que aquel miembro de la familia en quien se debe enfocar el tratamiento.

El tratamiento directo de las actitudes exige una acción sobre el miembro de la familia, quien, por medio de la terapia de apoyo, llega a apreciar su necesidad. Aquí la trabajadora asume el papel de terapeuta para con la persona entrevistada y la relación entre ambas marca el distintivo primario en este tratamiento, debido a que el miembro de la familia sobre quien se enfoca concurre a la entrevista con el claro entendimiento del que espera ayuda de la trabajadora para aquellos problemas que él reconoce necesarios para su adaptación social y emocional.

Bajo estas condiciones, las esperanzas del tratamiento son de mucho mayor alcance, toda vez que el tipo de material discutido por la persona entrevistada se enfoca en su propia experiencia, y son directamente encaradas y expresadas por la trabajadora.

Como condición para este tratamiento, la persona entrevistada debe expresarse fácilmente en términos de su situación social y vislumbrar su dificultad como que envuelve su afectividad, sus actitudes y su comportamiento.

A fin de poder beneficiarse por esta clase de ayuda, es menester que la persona entrevistada no sea psicótica ni sufra de neurosis avanzada u otro sindrome susceptible de reconocerse desde el punto de vista clínico. Esto elimina la posibilidad de una tentativa por parte de la trabajadora social de querer tratar unilateral y terapéuticamente aquellos problemas mentales emocionales que ingresan al campo del psiquiatra.

Otras consideraciones deben tomarse en cuenta para la selección del tratamiento y son: edad de la persona entrevistada, la rigidez de su personalidad, el grado de desafecto o insatisfacción que padece en vista de su actual adaptación y los probables resultados tocante a los demás miembros de la familia. La mayor parte de las personas así tratadas no deben pasar de la edad madura, de tal suerte que se encuentren capacitadas para readaptarse socialmente.

Todas estas consideraciones deben tenerse presentes para este tratamiento, sobre la base de desviaciones de personalidad relativa-

mente benignas y dicha selección requiere, por supuesto, la opinión diagnóstica de un psiquiatra.

La garantía para el proceso del tratamiento directo por la trabajadora social de las actitudes depende de saber que dicho tratamiento sea efectuado en un centro psiquiátrico en donde podrá ser consultado el psiquiatra para determinar el diagnóstico y para todos los consejos y orientaciones a que dé lugar el caso y, si fuera necesario, para hacerse cargo de la responsabilidad del tratamiento.

Resumen

Hemos descrito someramente este Servicio que tiene sus raíces profundas en la estructura social, y de ahí su extraordinaria necesidad en la asistencia de los enfermos de la mente.

El Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente se ejerce en todas circunstancias, en favor de los necesitados, cualquiera que sea su edad, con el doble fin de asistir a los enfermos, de atenuar sus consecuencias sociales y de preservar a los predispuestos. Su radio de acción se extiende a todo el campo de la Psiquiatría y de la Higiene Mental. Es decir, que realiza labor asistencial y profiláctica, ya sea en forma individual o colectiva.

Es desde la escuela que su acción se puede ejercer para la defensa de los menos adaptados y para despistar a los predispuestos.

En el trabajo, investigará si el individuo es apto por su resistencia psíquica para cumplir su tarea. También defenderá el psiquismo de los adultos, porque es indispensable para el buen comportamiento y para la convivencia normal con sus semejantes.

No sólo son enfermos de la mente aquellos agitados, destructores, violentos. Para el psiquiatra, la simple depresión nerviosa, un estado habitual de emotividad, una fobia, una obsesión, una impulsión, son psicopatías, así como el decaimiento psíquico de las personas de edad avanzada son trastornos mentales que constituyen a menudo anuncios de un porvenir sombrío. Y hay que tener presente que el menor trastorno en el psiquismo trae como consecuencia dificultades en la adaptación al ambiente social; por eso los enfermos de la mente son inadaptados sociales que perturban constantemente la armonía en el hogar, el orden y el progreso de la co-

lectividad, inadaptados de todo orden: psicóticos, neuróticos, alcohólicos, narcómanos, delincuentes, dependientes, fracasados escolares, perversos.

La intensidad de la vida moderna favorece las excitaciones intelectuales, sensoriales, emotivas, desarrollando el uso de los tóxicos y aumentando así el número de inadaptados. El rápido crecimiento de las ciudades y el notable progreso industrial han creado un conjunto de problemas que requieren toda la atención de los estadistas y de los hombres de ciencia. La ciudad se ha vuelto el centro en donde se ejercen y se amalgaman todas las actividades del hombre.

El rol práctico del Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente es considerable; sus funciones son muy importantes y múltiples: asistir a los enfermos, facilitar su admisión al Hospital, llenando los trámites del internamiento; recomendarlos a los organismos que puedan venir en su auxilio; explicar la importancia de las instituciones asistenciales. Llevar a cabo el estudio médico-social del paciente, evitar las recidivas, prever las consecuencias sociales, conocer las reacciones a que pueden dar lugar, prevenir al ambiente de los riesgos a que está expuesto o que puedan correr ellos mismos, indicar las medidas para evitarlos, despistar las enfermedades que puedan presentarse en el foco mismo del enfermo y dar las indicaciones del caso, auxiliar en la obra diagnóstica, terapéutica y profiláctica. La profilaxia mental es un problema de vital importancia para el porvenir de la humanidad, porque las anomalías mentales van en aumento y se trasmiten de una generación a otra y al trasmitirse por herencia los trastornos mentales tienden a disminuír el valor biológico de la raza. La profilaxia mental es el capítulo más importante de la eugenesia.

El Servicio Social en la asistencia de los enfermos de la mente ejercerá, asimismo, la supervigilancia de los egresados, de preferencia de aquellos que no tengan familia y los recidivantes, velando por la adaptación social y el tratamiento ambulatorio en caso que sea necesario.

Para llevar a cabo esta labor es preciso que el Servicio Social Psiquiátrico esté en constante comunicación con todas las institucio-

nes relacionadas con la asistencia de los enfermos de la mente y de protección social.

Con un niño, adolescente o adulto, los esfuerzos del Servicio Social, por lo general, resultan más beneficiosos cuando están concentrados en la familia, que ha sido y seguirá siendo durante algún tiempo el vértice de la vida del paciente. Por medio de contactos repetidos se podrá obtener un cuadro de aquellas actitudes y experiencias emocionales que se han desarrollado en el enfermo y que al mismo tiempo lo vienen perturbando. La historia clínica dará un fondo de entendimiento respecto a los factores que han contribuído a la dolencia, enriqueciendo de esta manera los conocimientos de las causas ambientales.

Se debe valorar el ambiente del enfermo y su personalidad, a fin de ayudarlo a encontrar el sitio que él podrá llenar en términos de escuela, vida social, empleo y otras oportunidades para su actividad.

La interpretación del paciente para los recursos de la familia, de la colectividad, es otra parte importantísima del proceso que es menester tomar en cuenta a fin de lograr dicha adaptación.

El Servicio Social Psiquiátrico es un auxiliar poderoso, en primer lugar, en la asistencia de los enfermos de la mente que no necesitan hospitalización, contribuyendo de esta manera a atenuar el grave problema de la asistencia social de estos enfermos.

El progreso psiquiátrico ha contribuído a modificar la técnica del Servicio Social, sobre todo en el estudio de los tipos de personalidad. A través del tiempo, la meta de la labor social psiquiátrica de modificar el ambiente y aumentar los recursos y oportunidades para el enfermo y la familia, permanece la misma, pero el método para la aproximación ha cambiado notablemente, a medida que su fondo científico se ha enriquecido y perfeccionado su técnica.

El adelanto asistencial psiquiátrico no podía descuidar el aspecto social de este problema que tanto preocupa a la colectividad, y la creación de obras de previsión y de diversas formas de asistencia en cuyo funcionamiento se utiliza el Servicio Social: Hospitales, Servicios abiertos, Consultorios, Dispensarios, Clínicas especiales para niños, Institutos, Sanatorios, Colonias, Granjas, Reformatorios,

Casas de convalecencia, asistencia a domicilio, asistencia familiar, Manicomios Judiciales o Servicios especiales, anexos psiquiátricos en las prisiones, están diciendo de ese interés para mejorar la situación de los enfermos de la mente.

Tal es, a grandes rasgos, el Servicio Social que los psiquiatras fueron los primeros en apreciar su enorme importancia y utilidad, y que hoy se considera como auxiliar indispensable para realizar labor integral en la lucha contra las enfermedades de la mente, que constituyen un flagelo de la humanidad que los psiquiatras se esfuerzan por contrarrestar, apelando no sólo al estudio de cuantos problemas implican esta cuestión, sino también inspirando una nueva legislación médico-social que permita la lucha contra todos aquellos elementos que contribuyen al desarrollo de las enfermedades mentales y favorezca la organización científica de su asistencia.

La investigación científica es indispensable para hacer verdadera profilaxia, que, en realidad, debe comenzar antes de la procreación, para impedir los nacimientos de anormales, que serán una fuente de sufrimiento para los individuos tarados y para su ambiente, y constituyen una carga pesada para la colectividad.

El Servicio Social Psiquiátrico debe establecer un Archivo fichero central de todos los asistidos. La existencia de una ficha única, que enfoque al paciente bajo todos sus aspectos, facilitará la tarea de este Servicio y permitirá llevar a cabo estudios de valor incalculable.

Desgraciadamente, a pesar de que se conoce su importancia y necesidad, contados países de nuestro Continente han logrado organizarlo conforme a la técnica ya establecida y, por lo mismo, es de esperar que la II Reunión de las Jornadas Neuropsiquiátricas Panamericanas emita un voto recomendando el establecimiento del Servicio Social como un elemento indispensable para la mejor organización de las instituciones asistenciales psiquiátricas y para el mejor estudio y tratamiento de los enfermos de la mente, lo que representaría un gran progreso, ya que la investigación científica basada en la documentación de los casos ha resultado en mejoras continuas y perfeccionamiento en los detalles y análisis de los mismos, así como también en el carácter práctico del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

Abramson, J.: "Le niveau intellectuel et le raisonnement des instables". "Annales Médico-Psychologiques". París. XVe. Série 95e. Année.—T. II.— Nº 1. Juin 1937.

Agüero Correa, G. y Luis Cubillos L.: "Consideraciones sobre Clínicas de Higiene Mental Infantil y delincuencia de menores". "Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas". Santiago de Chile. Julio de 1938.

Arce Molina, B.: "Higiene Mental". Santiago de Chile. 1937.

"Annual Report of the Domestic Relations Court of the City of New York". New York. 1936.

"A Survey of Methods of Care, Treatment and Training of Feebleminded made at Letchworth Village". State of New York. 1937.

Badonnel, M.: "Prophylaxie de la déliquance juvénile et dépistage scolaire". "L'Hygiéne Mentale". París. Novembre 1938.

Beers, Clifford Whittingham: "A Min That Found Itself. An Autobiography". New York. 1932.

Bermann, Gregorio: "Las reacciones antisociales de los alcoholistas". "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires, Marzo-abril de 1921.

Bermann, Gregorio: "Organización de la asistencia psiquiátrica e higiene mental en la República Argentina". "Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires. Noviembre-diciembre de 1930.

Bosch, Gonzalo: "El Pavoroso Aspecto de la Locura en la República Argentina." Buenos Aires. 1931.

Bosch, Gonzalo: "Los propósitos de la Liga Argentina de Higiene Mental". Buenos Aires. 1938.

"Boletín del Asilo de Alienados en Oliva". Enero-diciembre de 1938.

Bureau of Child Guidance. Five Years Report. 1932-1937.

Board of Education. City of New York.

Cabot Comandante Richard C.: "Ensayos de Medicina Social". Madrid. 1920.

Campbell, M. C. Macfie: "Les tendances actuelles de la psychiatrie aux Etats-Unis". "Annales Médico-Psychologiques". París. XVe. Série. 95e. Année. T. I. Nº 5. Mai 1937.

Caravedo, Baltazar: "Organización de la asistencia de los alienados".— Tema Oficial. Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico. Santiago de Chile, 4-11 de enero de 1937. Lima, 1937.

Ciampi, Lanfranco: "La asistencia de los menores". "Consideraciones médico-pedagógicas". "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires, Julio-agosto de 1920.

Ciampi, Lanfranco: "La asistencia de los enfermos mentales según los criterios reformadores modernos". "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires. Julio-agosto de 1922.

Conference Internationale du Service Social, Premiere. Paris, 8-13. Juillet 1928. (3 tomos).

Congrés International d'Hygiéne Mentale, Deuxiéme. Comptes Rendus. Paris, 19-23 Juillet 1937.

Congrés International des Hôpitaux, Prémier. Atlantic City, 13-15 Juin 1929. Paris 1930.

Congrés International de Psychiatrie Infantile, Prémier. Comptes Rendus. Paris, 24 Juillet au 1er. Aout 1937.

Child Guidance: "Encyclopaedia of the Social Sciences". 1930.

Chodzko, W.: "Le Service Social des Hôpitaux". "Office International d'Hygiéne Publique". Paris. Juin 1932.

Delille, Armand: "L'Assistance Social et Ses Moyens D'Action". Paris 1922.

Delille, Armand: "Le Service Social". Paris. 1929.

Derombies, Madeleine: "Le régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse". "Annales Médico-Phychologiques". Paris XVe. Serie 95e. Année. T. 1. Nº 2. Février 1937.

Derombies, Madeleine: "Le régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse, (suite). "Annales Médico Psychologiques". Paris. XVe. Serie 95e. Année.: T. 1. Nº 3. Mars 1937.

Derombies, Madeleine: "Le régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse (suite et fin). "Annales Médico Psychologiques". Paris. XVe. Série 95e. Année. T. 1. Nº 4. Avril 1937.

De Santis, Carlos: "La asistencia de la infancia anormal y las recientes disposiciones legislativas italianas". "Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires, Julio-agosto de 1927.

Desruelles, Maurice et Henri Bersot: "L'Assistance des Aliénés en Europe". "Apercu historique et statistique". "L'Hygiéne Mentale". Paris. (Serie de artículos que vienen apareciendo desde mayo de 1937).

Fox, Evelyn: "The Social Service". "Mental Hygiene". London. April 1936.

Galitzi, Cristina: "Servicio Social Psiquiátrico". Jornadas Neuropsiquiátricas del Pacífico. Santiago de Chile, 1937.

Gartland, Ruth M.: "Psychiatric Social Service in a Children's Hospital". Chicago, Illinois. 1938.

Gaupp, Robert: ''Les tendances du développement de la psychiatrie allemande''. ''Annales Médico-Psychologiques''. Paris. XVe. Série 96e. Année. T. II. Nº 3. Octobre 1938.

Genil-Perrin, Georges: ''Les Origines du Mouvement l'Hygiéne Mentale''. ''La Prophylaxie Mentale''. Paris. Janvier-Juillet 1937.

Goldberg, Jacob A.: ''Social aspects of treatment of the insane.'' New York. 1921.

Hambrecht, Leona M.: ''Psychiatric and Social Treatment''. New York. 1937.

Héger-Gilbert y L. Vervaeck: ''Anexos psiquiátricos y secciones terapéuticas especiales en las prisiones para los anormales mentales''. ''Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal''. Buenos Aires, Noviembre-diciembre de 1920.

Henry, G.: ''Le Développement des soins aux aliénés et du traitement des malades aux Etats-Unis''. Paris. 1930.

Janet, Pierre: ''Les troubles de la personnalité sociale''. ''Annales Médico-Psychologiques''. Paris. XVe. Série 95e. Année. T. II. Nº 2. Juillet 1937.

Janet, Pierre: ''Les troubles de la personnalité sociale''. ''Annales Médico-Psychologiques''. Paris. XVe. Série 95e. Année. T. II. Nº 3. Octobre 1937.

Kenworthy, M. D., Marion E. and Porter R. Lee.: ''Mental Hygiene and Social Work''. New York. 1931.

Lechuga Z., Guillermo: ''La Higiene Mental en México''. México. 1937.

Mac Nalty, A. Salusbury: ''The Organization and Correlations of Mental Health Services in Local Areas''. ''Mental Hygiene''. London. April 1936.

McMullen: ''Le Service Social Dans Les Höpitaux''. Rol de l'Höpital Dans l'Hygiéne Sociale''. ''Office International D'Hygiéne Publique''. Paris. Avril 1933.

Mental Hygiéne. Social Work Yearbook. Published by the Russell Sage Foundation. 1937.

Pacheco e Silva, A. C.: ''O Manicomio Judiciario do Estado de Sao Paulo''. Oficinas Gráficas del Hospital de Juquery. 1935.

Pacheco e Silva, A. C.: ''Serviços Sociais''. Sao Paulo. 1937.

Plant, James S.: ''Personality and the Cultural Pattern''. New York. 1937.

Procedings of the First International Congress of Mental Hygiene. New York. 1932.

Psychiatric Social Work. Social Work Yearbook. Published by the Russell Sage Foundation. 1937.

Ramírez Moreno, Samuel: ''Alienistas y Frenocomios de Hispano América'' (Serie de artículos). ''Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal''. México, D. F. Años 1935 a 1936.

Ramírez Moreno, Samuel: ''Concepto y extensión de la Higiene Mental. Su organización en los diversos países''. ''Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal''. México, D. F. Noviembre de 1936.

Repond, A.: "Les tendances actuelles de la psychiatrie en Suisse. "Annales MédicoPsychologiques". Paris. XVe. Série 94e. Année. T. I. Nº 5. Mai 1936.

Raynier, J. et H. Beaudouin: "L'Aliéné et Les Asiles d'Aliénés au point de vue administratif et juridique." "Assistance-Législation-Médecine Légale". Deuxiéme Edition revue et augmentée. Paris. 1930.

Robin. Gilbert: "Précis de Neuro-Psychiatrie Infantile". Paris. 1939.

Rodríguez, María Luisa Saldún de: "Problemas sociales y Servicio Social de la Infancia en el Uruguay". "Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia". Montevideo. Abril de 1938.

Rodiet. A. et G. Heuyer: "La Folie au XXe. Siécle". "Etude médico-sociale". Paris. 1931.

Rojas, Nerio: "Proyecto de legislación sobre alienados, toxicómanos y pródigos". "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires. Marzo-abril de 1924.

Roxo, Henrique: "Problemas de Higiene Mental". "Arquivos Brasileiros de Higiene Mental". Rio de Janeiro. Janeiro a Dezembro de 1938.

Salom, G.: "Esperience sul funzionamento di un Reparto neuro psichiatrico aperto". "Atti Della Lega Italiana Di Igiene e Profilassi Mentale". Firenze. 1936.

Sand. René: "Organisation Industrielle Médicine Social et Education Civique en Angleterre et aux Etats-Unis. Belgique. 1920.

Sand, René: "Le Service Social a travers le Monde". Assistance-Prévoyance-Hygiéne. Paris. 1931.

Scheer, W. M. Van Der et W. Hemmes: "Les tendances actuelles de la Psychiatrie en Hollande". "Annales Médico-Psychologiques". Paris. XVe. Série 94e. Année. T. I. Nº 4. Avril 1936.

Servicio Social. Publicación Trimestral. 1933-1938. Santiago de Chile.

Sicco, Antonio: Imperfecciones del sistema actual de los alienados en nuestro país". Congreso Médico del Centenario. Tomo II. Montevideo. 1930.

Sierra, Adolfo M.: "Problemas médicos actuales sobre el tratamiento, profilaxis y eugenesis mentales". "Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires, Enero-febrero de 1930.

Stern, Erich: "Anormalidades mentales y educabilidad difícil de niños y jóvenes". Editorial Labor, S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1933.

Stevenson, M. D., George S.: "Child Guidance Clinic." New York. 1934.

Swift, Sarah H.: "Training in Psychiatric Social Work. New York. 1934.

The American Journal of Psychiatry. Reports of Committees. Baltimore, Md. September. 1938.

Tocornal, Luz: "Servicio Social y Ciencias Penales". "Archivos Chilenos de Criminología". Tomo I. Santiago de Chile. Diciembre de 1937.

Toulouse, E.: "Le Service Social Psychiatrique". Premiére Conférence Internationale du Service Social. Paris, 8-13 Juillet 1928.

Toulouse, E.: "Le Centre de Prophylaxie Mentale de la Seine" "L'Höpital Psychiatrique 'Henri Rousselle' ". "La Prophylaxie Mentale". Paris. Janvier-Juillet 1937.

Treadway, W. L.: "La Granja para Narcómanos de Lexington". "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana". Washington, D. C., EE. UU. A. Enero 1936.

Vermeylen, G.: "Les tendances actuelles de la Psychiatrie en Bélgique". "Annales Médico-Psychologiques". Paris. XVe. Série 94e. Année. T. I. Nº 3. Mars 1936.

Vervaeck, L.: "La defensa social contra el peligro tóxico". "Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal". Buenos Aires, Julio-agosto 1922.

Vervaeck, L.: "Anormaux et défense sociale. Comment concilier les exigences de la défense sociale á l'égard des criminels anormaux avec les nécessités de leur assistance et leur reclassement". "Annales Médico-Psychologiques". Paris. XVe. Série. 95e. Année. T. I. Nº 4. Avril 1937.

Vila A., Gustavo: "Organización de la higiene mental escolar". "Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas". Santiago de Chile. Diciembre de 1935.

Zwanck, Alberto: "El Servicio Social en la Asistencia de la Infancia abandonada y delincuente". Oficina Sanitaria Panamericana (reimpreso). Washington, D. C. E. U. A. Enero, 1933.

El servicio social en la asistencia de enfermos de la mente en Chile

Por ELIAS MALBRAN

EL SERVICIO SOCIAL Y LA ASISTENCIA DE ENFERMOS DE LA MENTE EN CHILE

Por ELIAS MALBRAN

Médico Director del Manicomio Nacional

El Servicio Social del Manicomio nació de nuestras propias necesidades y su organización no ha sido copiada de las de otros países por desconocimiento nuestro de lo que allá pasa.

Su primera labor fué la de recoger antecedentes de los enfermos y poco a poco hemos ido aumentando su acción hasta adquirir el vasto campo que más adelante describimos.

La falta de antecedentes de los enfermos era nuestra necesidad más apremiante y notada desde hacía muchos años, ya en 1867 un director de la Casa de Orates de Santiago daba cuenta al Concejo de que la mayoría de los enfermos que a ella ingresaban venían sin ningún antecedente, dificultando con esta omisión el diagnóstico y consecuencialmente el tratamiento.

Años más tarde se imprimió una hoja con preguntas que se envió a intendentes y gobernadores de todo el país; preguntas que debían ser respondidas por las familiares de los enfermos.

En la capital misma, los médicos debían citar a los familiares o apoderados de los enfermos para conseguir los antecedentes necesarios.

En 1925, el eminente servidor público que fué el doctor don Alejandro del Río creó bajo los auspicios de la Beneficencia Públi-

ca, la Escuela del Servicio Social, y se encomendó la dirección a la señora Jenny Bernier y en 1927 sucedió a ésta, la señorita Leo Cordemans, belga como la anterior. La duración del curso en un comienzo fué de dos años, se aumentó pronto a tres, y además, los programas han venido modificándose año a año.

Para ingresar como alumna a la Escuela se requiere tener entre 18 y 40 años, ser bachiller en humanidades o rendir un examen de capacidad, y además, ser recomendada en cuanto a sus antecedentes personales y familiares por dos personas reconocidas.

El programa de estudios comprende las siguientes materias:

Educación cívica, procedimientos jurídicos, psicología y economía social, medicina social, atención de enfermos, alimentación y dietética, técnica de oficina y estadística, legislación de higiene y beneficencia, legislación del trabajo y de la protección a la Infancia.

La señorita Cristina Galitzi, actual secretaria de la reina de Rumania, que dirigió por un corto período este plantel de enseñanza introdujo en 1937 el método directo de estudios. En el nuevo programa se agregó un curso de psiquiatría.

El Manicomio Nacional comprendió desde el primer momento el beneficio que obtendría con estas preparadas e inteligentes colaboradoras de los médicos; pero las primeras alumnas egresadas en 1927 se hicieron escasas para las Gotas de Leche y Hospitales. En 1930 se consiguieron dos, y a pesar de los años transcurridos no hemos podido completar el número de visitadoras que se necesita.

El Servicio Social en el Manicomio Nacional

Ya lo hemos dicho en Congresos anteriores que a pesar de nuestros esfuerzos no hemos conseguido la creación del Hospital Psiquiátrico.

En el Manicomio entonces se encuentran todos los servicios de atención a los alienados.

1).—Las observaciones, que son los departamentos de admisión.

2).—Los Servicios de Enajenados Clasificados de Oficio, en los que se comprende un Asilo Colonia, y

3).—Un Policlínico de Higiene Mental.

Servicio de admisión

Unos pocos de los enfermos que nos llegan de provincias traen los antecedentes que se pueden recoger con el cuestionario clásico que aparece en la obra de Vallejo Nájera; pero una vez que el enfermo ha sido examinado por los médicos del establecimiento y con el deseo de aclarar respuestas lacónicas, confusas o mal interpretadas por los familiares u otros asuntos tan diversos y personales de cada enfermo, la visitadora escribe a los familiares de provincias logrando así reunir datos más o menos completos para cada historia. Esta es una labor pesada porque muchas cartas quedan sin contestación por falta de parientes o de amigos de los enfermos, porque no se conoce bien las direcciones postales de éstos o por ignorancia de los mismos. Muchas veces hay que valerse de los carabineros, de los patrones o de otras personas conocidas en los pueblos para obtener aunque sea datos de insignifante valor.

Tenemos, entonces, que el principal trabajo de la Visitadora Social en los servicios de admisión es la de reunir antecedentes de los enfermos que ingresan. Aun en la misma capital esta labor es ardua y difícil. Hay la creencia de que la locura es una enfermedad denigrante y las familias ocultan antecedentes hereditarios. Otras veces por decidia o por falta de cultura ignoran causas de operaciones u otros antecedentes. En Europa, en donde el nivel cultural de la población es mucho más alto que el nuestro, esta labor es muy fácil; en Chile es bien difícil, y para cumplir su cometido la visitadora debe hacer muchas visitas a un mismo hogar hasta infundir la confianza y demostrar que ella es una ayuda material y espiritual para todos los hogares.

Es natural que una Visitadora Social viene a prepararse bien después de haber trabajado un buen tiempo con los psiquiatras y debe también reunir condiciones especiales de carácter.

Además de esta labor importantísima la Visitadora investiga si el recién ingresado pertenece a alguna Caja de Seguro, y en caso afirmativo consigue pensionado para el enfermo y subsidios para la mujer o hijos de éste.

Como los chilenos ignoramos el hábito del ahorro, antes se veía que la hospitalización del padre o de la madre viuda dejaba a los niños en completo desamparo. Hoy en día, la Visitadora visita la familia del hospitalizado el mismo día de su ingreso y arregla la situación de la familia de éste, ayudando financieramente a la madre mientras le busca empleo o colocando a los niños en alguna de las instituciones existentes y que se encargan del cuidado y educación de éllos.

Cuando el enfermo es de provincia, cobra los subsidios a que tiene derecho el enfermo y remite a la familia ese dinero, manteniendo con ella asidua correspondencia. Ha sucedido el caso de ingresar al Manicomio un enfermo con parálisis general en condiciones tales que su pronóstico fatal no deba lugar a dudas. El Servicio Social merced a sus buenas relaciones con Visitadoras de provincias y extrañas a la Beneficencia Pública consiguió con éstas que tomaran por su cuenta a esa familia. Cuando el enfermo murió al cabo de pocos meses la mujer habíase ya ocupado y pudo seguir manteniendo al niño menor, la hija mayor había sido colocada en un internado de monjas. Los subsidios que dan las Cajas terminan con la vida del asegurado y la cuota mortuoria es pequeña. El bienestar conseguido para esa familia fué pues un éxito para el Servicio Social del Manicomio y para la Visitadora de provincia que con su abnegación y cariño a su profesión consiguió prevenir una catástrofe.

Merced a la Visitadora nunca un enfermo se ve en la triste situación de sentirse desamparado o abandonado; porque la Visitadora lo hace visitar por los familiares o ella misma se preocupa de todas sus necesidades y aun de buscarle un hogar a la salida del Manicomio, le consigue pasajes para el regreso al hogar o le busca trabajo adecuado y en caso necesario lo sigue visitando y lo vuelve al Manicomio o lo entrega al Servicio de Higiene Mental que lo obliga a consultas periódicas.

En resumen tenemos, pues, que la Visitadora Social de los Servicios de Admisión debe cumplir las siguientes obligaciones:

1).—Búsqueda de antecedentes del enfermo.

2).—Búsqueda de apoyo material para el enfermo y para su familia.

3).—Mantener a la familia en conocimiento de la marcha del enfermo y a éste del estado de su familia.

4).—Conseguir pasajes para volver a sus hogares a los enfermos dados de alta y que no cuentan con medios para efectuar esos gastos.

5).—Suplir al Patronato de Enfermos Egresados, que no existe entre nosotros.

Servicio social en los servicios de enajenados catalogados de oficio

Este es el servicio verdaderamente manicomial. Los enfermos están ya con diagnóstico de modo que solo en poquísimos casos se requiere conocer algunos antecedentes.

La Visitadora Social mantiene correspondencia o visita las familias de los enfermos, hace que éstos visiten al enajenado, que le traigan ropas o golosinas y es la consejera de las familias a quienes da los subsidios que aun algunos tienen derecho, aconseja una buena distribución del dinero, se preocupa del porvenir de los niños y hace labor de profilaxis mental.

Como muchos de estos enfermos se ocupan en los talleres que posee el Manicomio y en donde se les paga un pequeño salario, la Visitadora se preocupa de la buena inversión que le dan a este dinero.

En otros casos consigue jubilaciones de las Cajas, y como el Director del Manicomio está autorizado por la ley para manejar estos fondos, estudia con él la mejor distribución.

La Visitadora Social tiene también a su cargo el personal del Manicomio. Lo visita en su casa cuando ha faltado a sus obligaciones sin aviso previo y en caso de necesidad avisa a la Caja Ase-

guradora para que le preste atención médica o le consigue hospitalización si el caso lo requiere.

Como el Manicomio tiene implantado el Salario Familiar, proporciona los datos necesarios para se disfrute de él y visita los hogares para comprobar la supervivencia de la familia o el nacimiento de nuevos hijos.

En casos de pensionistas muchas veces olvidados hace que los familiares se preocupen de ellos proporcionándoles ropas, y merced a sus encuestas la Dirección del Manicomio ha conseguido que antiguos pensionistas que habían pasado a la sección de indigentes vuelvan a gozar de las comodidades que proporcionan los pensionados.

Así también merced a la Visitadora Social se ha descubierto que enfermos de la sección indigentes contaban con bienes ignorados. En estos casos la Asesoría Jurídica del Manicomio ha conseguido que los enfermos disfruten de esos dineros.

Los pensionistas del Manicomio deben pagar a sus médicos y comprar sus remedios. Cuando los enfermos son de provincias la Visitadora Social es la encargada de comprar los medicamentos con el dinero que para el efecto envía la familia.

Como en el caso anterior la Visitadora reemplaza al Patronato de Egresados y visita también a los pocos enfermos que tenemos en colocación familiar.

En resumen la labor de esta Visitadora es más heterogénea y comprende:

1).—Aporte de antecedentes al médico.

2).—Atención material de la familia.

3).—Labor de profilaxis mental en la familia.

4).—Se encarga de obtener las jubilaciones que acuerdan las Cajas y vigila la inversión de los sueldos del enfermo.

5).—Sustituye al Patronato de Egresados.

6).—Con los pensionistas:

a).—Mantiene la relación con las familias.

b).—Se preocupa de que los enfermos no carezcan de ropas.

c).—Encuesta a las familias para verificar la exactitud de incapacidad financiera para proseguir el pago de pensionado.

d).—Encargarse de la adquisición de ropas y medicamentos por cuenta de las familias.

7).—Con el personal del manicomio:

a).—Atenderlo en sus enfermedades.

b).—Preocuparse de su situación y de la constitución de la familia.

c).—Preocuparse del salario familiar.

Servicio social en el policlínico de higiene mental

Al policlínico concurren dos clases de enfermos: unos que son egresados del Manicomio y otros que nunca han ingresado a él. Estos últimos se dividen a su vez en dos clases, los unos que vienen solos a consultar al médico o que son traídos por los familiares y segundo aquéllos que no se creen enfermos, y que se resisten a la consulta.

Para el egresado del manicomio, el Servicio Social se encarga de citarlo cada vez que el médico lo indica o lo visita en su casa para averiguar las causas de su inasistencia.

Se preocupa también de visitarlo en la casa para comprobar el régimen alimenticio que lleva, y en el taller, para comprobar si el trabajo que efectúa no es peligroso o dañino a su salud.

Para el enfermo que no ha estado en manicomio sus deberes son: encuesta personal para obtener antecedentes de la enfermedad y encuesta familiar para comprobar el estado financiero de la familia y obtener consulta gratuita en caso de necesidad.

Vigilar que el enfermo siga el tratamiento que se le indica y conseguir de otros servicios los exámenes necesarios y de otros hospitales las atenciones que pudiera requerir y que el policlínico no puede proporcionar.

La segunda categoría de enfermos, o sea aquellos que no se consideran tales y que se resisten a la consulta o reconocimiento son enfermos peligrosos.

Cuando una autoridad, un familiar o un vecino da cuenta a la Dirección General de Beneficencia de la peligrosidad de un supuesto enajenado, ésta encarga al Servicio de Higiene Mental el reconocimiento psiquiátrico y basado en él se decreta la internación que se cumple, aún con la ayuda de la fuerza pública si es necesario.

El policlínico de Higiene mental cuenta con un médico jefe, dos médicos ayudantes, una visitadora social y dos enfermeras.

En los casos que nos ocupamos, la Visitadora empieza por recoger antecedentes en la oficina o taller en que trabaja el sindicado de enfermo, visita a los amigos y parientes, visita también los lugares que él frecuenta y recoge todo dato que pueda ser útil, y aun, puede visitar al sujeto mismo.

En estos casos es cuando la visitadora debe actuar con el tino más delicado para no despertar sospechas o por una infidencia resultar ella misma víctima de un ataque o hacer que el enfermo tome venganza en las personas que suministran antecedentes.

Con igual tacto debe obrar el médico una vez que en posesión de todos los antecedentes visita al enfermo.

Este servicio que funciona desde 1934 no ha tenido que lamentar ninguna desgracia a pesar de que en sus historiales figuran casos de enfermos harto peligrosos.

Otro papel importante de esta visitadora es el de descubrir al activo en los casos de locuras familiares y conseguir la concurrencia al policlínico. En el Policlínico la Visitadora desempeña el papel más delicado y más expuesto para su ejecución; debe unir a las dotes naturales de visitadora y a la preparación conseguida en la escuela una cultura humanística muy completa que le permita inventar motivos de entrevistas y conseguir entusiasmar al enfermo hasta hacerlo olvidar sus prevenciones y con ello evidenciar el delirio.

En resumen en el Servicio de Higiene Mental la Visitadora debe atender:

1º—A la regularización de las consultas de los enfermos egresados del manicomio.

2º—Vigilar el cumplimiento de las prescripciones del médico.

3º—Búsqueda de antecedentes de enfermos nuevos.

4º—Conseguir para ambos las atenciones médicas que el policlínico no puede proporcionarles.

5º—Hacer obra de higiene mental en las familias de los enfermos.

6º—Encuestas personales e indirectas de enfermos peligrosos.

El Servicio de Visitadoras Sociales se ha impuesto entre nosotros como un colaborador eficaz del médico, sobre todo en las relaciones con las clases modestas quienes ya han aprendido a respetarlas y ver en él un director y una ayuda a sus múltiples necesidades.

La Visitadora Social Chilena no siempre pertenece a la clase media, como pasa con la actual directora de la escuela, señora Luz Tocornal de Romero y tantas otras que pertenecen a la primera sociedad.

Por sus méritos y por su abnegación se ha hecho querer y respetar, y segura de sí misma; visita sola: conventillos, buhardillas y hasta lupanares, siendo, como he dicho recibida siempre con toda clase de consideraciones.

Fisiología del Dolor

Por el Prof. Dr. **JOSE BERNARDO ODORIZ**

FISIOLOGIA DEL DOLOR

Por el Prof. Dr. José Bernardo Odoriz

Historia

Santa Rosa de Lima, pensaba que las lágrimas son la riqueza más bella de la creación. No hay deleite profundo sin que el alma sufra. Los fisiólogos están de acuerdo con los filósofos y los poetas, al reconocer que si bien el amor continúa la especie, el dolor la purifica. (Roussy).

La medicina se ha ocupado por mucho tiempo de estudiar clínicamente al dolor, como factor de un cuadro determinado, pero pocos han sido los que han tratado de encontrar el por qué del mismo. vía por excelencia, para llegar a su curación.

"No discutiremos el dolor moral, limitándonos al dolor físico, sin entrar en la controversia psicológica que reune o separa lo desagradable y lo doloroso. Clínicamente existe toda una gama que va desde una disestesia desagradable hasta un dolor franco.

A la fase puramente clínica en el estudio del dolor, sucedió una fisiológica a comienzos del siglo XIX, buscándose la naturaleza del dolor", (Bauduin).

Fodera, (1822), fué el primero en constatar hiperestesia por debajo de la lesión, en el lado paralítico en el síndrome que Brown-Sequard describió en 1850, dando así las primeras nociones de dolor central.

Budge, (1862), estima que la única región capaz de dar las reacciones típicas del dolor, es el tronco cerebral.

Aristóteles, tenía el corazón por el órgano central receptivo de las sensaciones; el cerebro, por su insensibilidad aparente a los estímulos mecánicos, era tenido por un órgano inerte.—Magendie, no creía que pudiese ser el órgano central de las sensaciones.

Longet y luego Vulpian, (1866), pensaban que la protuberancia era el centro de las sensaciones dolorosas.

Edinger, (1891), fué el primer que hizo una descripción clara de los dolores centrales. El estudio de los tumores medulares ha hecho conocer los dolores cordonales, **(Elsberg)** y los de los cuernos posteriores. **(Foerster)**.

Podría afirmarse ahora, que toda lesión del sistema nervioso central que afecta los fascículos aferentes del dolor puede, engendrar dolores y los proyectos a la periferia de los nervios cerebro-espinales o a una víscera. **(Garcin)**.

Ultimamente neurocirujanos y electrofisiólogos, han contribuído en forma notable a hacer conocer el dolor. Los neurocirujanos y en especial Foerster, haciendo verdaderas experiencias fisiológicas en cada una de sus intervenciones han precisado casi las vías anatómicas, **(Baudouin y Schaeffer)**. Los electrofisiólogos, por medio del oscilógrafo de rayos catódicos han visualizado la propagación del dolor; a ese algo que circula en los nervios y que llaman influjos nerviosos o potenciales de acción.

¿Qué es el Dolor?

Un pinchazo, como fenómeno en sí, tiene un doble aspecto: la noción intelectual de que se ha producido en un punto del organismo una modificación por una causa definida, agregada a una sacudida afectiva, penosa, duradera, que reconocemos como dolor.

Todo este proceso complejo consta de un elemento periférico por lesión de un aparato de excitación y un elemento central integrativo, **(¿tálamo?)**, del cual nace ese estado afectivo que reconocemos como dolor.

Objetivamente es difícil de describir, variando grandemente de un sujeto a otro, de acuerdo a las características personales. Las características más fáciles de describir, son la localización y la duración, pudiendo ser así superficial (piel) o profundo (músculos, huesos y en especial vísceras) y contínuo o discontínuo.

Como se verá más adelante, muchas veces es difícil la localización del dolor aun para buenos autoobservadores. La calificación del dolor es aún más difícil (frío, doloroso, picadura, pellizco, latido, punzadas, desgarro, torsión y quemadura).

No hay que ser ni muy mecanicista ni vitalista en exceso, tratándose del dolor.

Si se compara la sensación dolorosa con otras (auditiva, p. ej.), se ve que los impulsos dolorosos son poco específicos, el elemento central es el preponderante y según Achelis, "el dolor es desencadenado mas bien que conducido". **((Baudouin y Schaeffer).**

Hay que volver al concepto de von Monakow, para quien la sensibilidad (el dolor en este caso particular), está constituída por un encadenamiento de fenómenos, de los cuales la percepción consciente no es sino el último.

Veremos luego como es posible, en experimentos de sección del sistema nervioso central, dejar intacto todo el proceso del dolor con su cortejo de reflejos acompañantes, sin que exista la percepción consciente del mismo.

Definición

El estudio experimental del dolor con las técnicas electrofisiológicas modernas, está de acuerdo con la definición que de él dieran Richet y Morat, para quienes, "el dolor es la percepción de una excitación fuerte o que parece tal por la irritabilidad exagerada del sistema nervioso central o de los receptores periféricos". Como estado de conciencia todos sabemos de qué se trata. El filósofo Lachelier, dijo que era "el sentimiento de una lesión"; pero, es difícil difenciar a veces, lo funcional de lo lesional.

Signos objetivos del Dolor

El dolor va acompañado de una serie de manifestaciones más o menos constantes; aceleración del pulso, elevación de la tensión arterial. **(Nyssen)**, acidificación de la orina **(de Laet)**, dilatación pupilar, modificación de la respiración, reacciones vasomotrices y de la resistencia aparente de la piel, **(reflejo psico-galvánico)**.

Todas estas manifestaciones de tipo emocional no se encuentran presentes en las percepciones no dolorosas, **(Schaeffer)**.

Tipos de Dolor

Se sienten muchos "tipos de dolor". Estas diferencias deben ser más bien de origen central, pues el mecanismo periférico, **(véase más adelante)** no las explica bien. A pesar de todo, el carácter afectivo del dolor por excitación de la piel, músculos o vísceras es tan similar, que muchas veces existe duda sobre el punto realmente doloroso.

Algunas diferencias cualitativas del dolor dependen de diferencias en la frecuencia del estímulo. Una frecuencia de 30 a 40 por segundo, es sentida como un dolor suave o contínuo. Si la frecuencia decrece y cada estímulo es sentido individualmente, el dolor es mucho mayor y se tolera peor. Por encima de 30 a 40 por segundo, a medida que aumenta la frecuencia del estímulo, aumenta la intensidad del dolor y llega a un máximo con una frecuencia crítica, sobrepasada la cual y con frecuencias realmente grandes, el dolor decrece en intensidad. Estas variaciones y adaptación final, son indudablemente un fenómeno de origen central, desde que las frecuencias involucradas no son suficientes como para deprimir la conducción en el nervio. Períodos refractarios, facilitación, inhibición, suma y oclusión son los procesos responsables de tales variaciones.

Otros dolores tienen características especiales, por ir acompañados de otras sensaciones, como presión, frío y calor, que los inhiben o refuerzan, **(Diez)**.

Receptores cutáneos

Hay en la piel múltiples corpúsculos histológicamente diferentes, **(Meissner, Dogiel, Krause, Ruffini, Fiochetti, Golgi-Mazzoni, Vater-Pacini, Tchiriew, Retzius)** y muchas formas de pasaje. Además, hay terminaciones libres que para algunos serían intracelulares **(Foerster)**, en forma de bucles, filamentos o botones.

Von Frey, pensó que las terminaciones libres eran específicas del dodor, las de Meissner, transmitían las impresiones táctiles, las de Krause, el frío y las de Ruffini, el calor. Boecke, se ha opuesto a tal especialización anátomo-funcional, por creerla carente de una base experimental sólida.

En la piel hay receptores específicos al tacto o presión (muy numerosos), entremezclados con otros específicos para el calor (menos numerosos) y el frío, (raros). (Goldscheider, Donaldson y Blix).

Von Frey, con técnicas muy especiales, describió otros receptores específicos al dolor (1891), muy numerosos.

Goldscheider, reclama la prioridad de haber descubierto puntos donde el dolor se desencadena mejor que en otros, pero esos puntos excitados por debajo del umbral doloroso, dan sensación táctil.

Pareciera que no sólo la intensidad del estímulo, sino el valor de la cronaxia, diferencia los puntos táctiles y dolorosos.

Según Boeke, Djiksra y M. Klein, los corpúsculos táctiles de la piel se regeneran de acuerdo a la piel injertada y no de acuerdo a los nervios que le llegan.

Boeke, ha estudiado una zona cutánea digital de van Straten, con respecto a todas las formas de la sensibilidad. Extirpada fué estudiada histológicamente y luego al proceso fué repetido con el tejido cicatricial allí formado. Vió regeneración de los corpúsculos de Meissner, antes de que las fibras correspondientes hubiesen llegado. Todos los corpúsculos táctiles y de la sensibilidad se regeneran, pero no las ramas simpáticas.

Ducceschi, (1910), ha estudiado en la piel de su antebrazo el efecto de los distintos estímulos. Cree que hay puntos dolorígenos

especiales muy numerosos y que el dolor no es una modalidad de otras sensaciones.

El estudio histológico de esa porción de piel con la técnica del cloruro de oro de Ruffini, le permitió encontrar numerosas fibras amielínicas que no pudo determinar si eran simpáticas o no y a las cuales atribuyó la conducción de los impulsos dolorígenos.

Haciendo cortes cada vez más profundos en el pulpejo de sus dedos, sintió primero, sensación de contacto, luego una sensación de puntura no dolorosa que iba a la sensación de prurito y al final se convertía en dolor franco.

Las mismas gradaciones observó, tocando cada vez más fuertemente el fondo de la herida.

Sus justas observaciones personales concuerdan de un modo general, con lo que hoy se acepta sobre la sensaciones básicas que llevan al dolor.

Para Bishop, el estímulo liminal del aparato del dolor no es doloroso, es más bien una sensación táctil, pero las vías son específicas.

Los mensajes aferentes al sistema nervioso central, son impulsos nerviosos y se pueden poner en evidencia por sus potenciales de acción.

En los nerviosos el tipo de estos potenciales de acción estará determinado por las características de las fibras que lo forman, además de la frecuencia y duración con que éstas sean excitadas por sus correspondientes órganos dérmicos y por la distribución especial de los mismos en la porción de piel excitada. Todo esto dará al complejo transmitido por el nervio en cada caso, una característica especial y temporal típica.

Ranson, estudió la distribución de los distintos receptores en un pedazo de piel y luego el ramo nervioso que del mismo punto parte. Así, sabiendo las fibras que este contiene, (gruesas, finas, mielinizadas o no), se puede hacer una distribución aproximada de las fibras que corresponden a un tipo dado de receptor.

En las primeras determinaciones de Ingbert, (1903), parecía que no tenían los nervios suficientes fibras como para que cada una perteneciese a un receptor cutáneo, pero luego Ranson, encontró en los

nervios periféricos una serie de fibras amielínicas que no son simpáticas, (persisten aún después que las simpáticas han degenerado por resección de la cadena simpática) y que hacen factible tal suposición.

Según Heinbecker, Bishop y O'Leary, todas las fibras que conducen sensaciones superficiales de la piel son mielinizadas, de 15 a 1 micron de diámetro, y de una velocidad de conducción entre 100 y 5 metros por segundo; las grandes (15 a 5) son táctiles y de discriminación especial y las pequeñas dan sensación de picoteo y son las encargadas potenciales de transmitir las sensaciones noceceptivas. En otros nervios se han encontrado fibras aferentes que ocupan los claros dejados en la gama de velocidad por los grupos anteriores; por esto es que se puede decir, que fibras de una u otra función ocupan todas las gamas de 15 a 1 micron. En la piel podría hacerse esta escala: táctiles, de picoteo y temperatura en orden decreciente en cuanto a diámetro y creciente en cuanto a su susceptibilidad para ser bloqueadas por la cocaína o sus derivados.

Así el estímulo de las fibras de mayor diámetro, da sensación táctil, con estímulos un poco mayores se excita fibras de menor calibre, que dan sensación de picoteo; pero con un estímulo un poco mayor, estas mismas fibras dan dolor por un fenómeno de suma central.

Los receptores de temperatura que luego son excitados por estímulos más intensos aun, no dan dolor; pero si su estímulo es muy intenso se produce dolor. No se ha podido establecer si este dolor es producido por un mecanismo de suma también, (lo más probable) o es debido a la excitación de fibras muy finas no mielinizadas, para las cuales Gasser, ha probado recientemente, en forma inobjetable, la posibilidad de transmitir sensaciones dolorosas.

Si hay cuatro vías bien conocidas, por lo menos electrofisiológicamente, las respuestas a los estímulos adecuados que se despiertan en sus respectivos órganos de recepción, difieren en el número y en la frecuencia de los mismos, que lleva cada fibra aferente.

En los centros no sólo importa el número y frecuencia de impulsos iguales que lleva cada fibra, sino el número de fibras de función

paralela al servicio de la misma sensación, que vuelcan en un grupo de neuronas **(pool)**, su influjo aferente.

Como en un mismo grupo de fibras las velocidades son siempre algo desiguales, la suma especial de impulsos en fibras paralelas en la periferia, se convierte en suma temporal-especial en los centros **(Odoriz)**.

De aquí, el efecto análogo de la suma temporal y especial en el mecanismo central doloroso, que se pone bien de manifiesto al estimular un nervio directamente:

Si el estímulo que da sensación de picoteo se aumenta de intensidad, se estimulará un grupo mayor de fibras y se producirá una suma especial central, apareciendo la sensación dolorosa correspondiente.

Si al contrario, el estímulo de picoteo es aumentado de frecuencia y no de intensidad, se producirá una suma temporal central y como resultado aparecerá también la sensación de dolor. Este ejemplo nos da una idea de la plasticidad del sistema nervioso central y del papel preponderante que juegan el punto y tiempo de llegada de los impulsos dolorígenos en potencia al sistema nervioso central para que la sensación dolorosa se produzca o no. Pareciera que aquí, como en muchas otras manifestaciones del sistema nervioso, el concurso armónico en tiempo y en espacio es el factor casi exclusivo para que ciertas vías fisiológicas sean permeables y se opongan barreras infranqueables a otras. (proceso real de integración central).

El carácter de las sensaciones se determina en última instancia por las conexiones centrales de las diferentes vías.

Por ello, a pesar de que las fibras nerviosas dan la impresión de carecer de gran especificidad desde un punto de vista anatómico, la forma de funcionar que les es impuesta por sus respectivos órganos receptores, es característica hasta cierto grado de la sensación que debe ser despertada.

Los órganos receptores periféricos tienen una función más compleja, que la de bajar el umbral para un tipo dado de estímulos: imprimen un sello específico de funcionamiento a una vía que de por sí casi no lo es.

Pareciera entonces, que las sensaciones complejas se pueden analizar o explicar como una fusión o suma de sensaciones más simples.

Así, con todos los posibles tipos funcionales o anatómicos que existen, combiaciones de frecuencias, grupos de fibras, número de fibras e interacción de centros, hay una buena base para una gran variedad de sensaciones finamente diferenciadas, empleando unas pocas vías de conducción.

Las comprobaciones electrofisiológicas mantienen entonces la especificidad de las formaciones cutáneas sensoriales y una especificidad de grupo de fibras para las modalidades sensoriales fundamentales.

El dolor es la cualidad afectiva que resulta de un estímulo, por encima del umbral de fibras que dan picoteo como sensación básica.

La sensación dolorosa de quemadura, es la cualidad afectiva resultante de un intenso estímulo de las fibras, que dan calor como sensación básica.

La sensibilidad profunda consta de dos modalidades: presión y dolor de presión.

Las influencias modificadoras, son una acomodación central y una periférica; que actúan modificando el número y la frecuencia de los impulsos nerviosos que recibe el sensorio.

La agudeza discriminativa depende del número de formaciones activas dentro de un área periférica dada, (suma especial periférica).

Heinbecker y Bishop, de acuerdo a sus comprobaciones experimentales, aceptan provisoriamente la opinión de Bazett y sus colaboradores **(1932)**, para quienes los corpúsculos de Krause, transmiten las impresiones de frío; los de Ruffini, las de calor y otras terminaciones no encapsuladas transmiten los impulsos táctiles. El dolor cutáneo no tiene formación especial receptora, desde que es evocado en las formas más diversas.

Aun en el caso de un estímulo periférico único, el proceso de suma temporal necesario para evocar el dolor es posible, pues en tal caso la fibra nerviosa es capaz de una respuesta múltiple. **(Heinbecker, 1928)**.

En los músculos y en las vísceras, el proceso es análogo al cutáneo. Hay fibras en las cuales el estímulo umbral produce una sensación de contacto raro, no doloroso, como de picoteo. Esas mismas fibras, estimuladas más intensamente, producen dolor.

Irradiación y signo local

La irradiación forma parte de la reacción dolorosa, pero está limitada a niveles fisiológicos, gracias al proceso normal de inhibición.

Cuando los mecanismos integrativos sensitivos centrales están alterados patológicamente, hay una disminución o pérdida de la inhibición: entonces el dolor aparece espontáneamente o es evocado con una facilidad anormal y va acompañado de características emocionales inhabituales. Cualquier excitación periférica, puede ser efectiva por no existir umbral central: por eso en el síndromo talámico toda excitación sensorial, puede provocar dolor o agravarlo, acompañándolo de un cortejo emocional exagerado. Así, un enfermo de Foerster, con lesión talámica unilateral y sin dolores espontáneos, fué atacado por una enfermedad abdominal intercurrente. Del mismo lado del cuerpo en que asentaba la lesión talámica, presentaba irradiación típica dolorosa a los dermatomas correspondientes a la lesión abdominal, pero en la totalidad del lado opuesto a la lesión talámica, el dolor era insufrible.

El mecanismo integrativo central normal, permite localizar en la periferia el punto excitado, **(signo local)** y cuando la pérdida de esta función acompaña a la pérdida de la sensibilidad en lesiones de cualquier nivel central, la irritación es muy marcada, **como en el caso de Foerster**.

Ehrenwald, en un caso de síndrome talámico con dolores espontáneos difusos, ha probado que, estando conservada la capacidad de localización, el dolor se inhibe por excitaciones periféricas desagradables o dolorosas.

Head y Rivers, demostraron que el mejor signo de recuperación de la sensibilidad normal después de una sección nerviosa, es la re-

cuperación del proceso central de inhibición integrativa, evidenciado por la abolición de la irradiación ante estímulos localizados; el signo local tiene una influencia inhibidora sobre el grupo de neuronas. **(pool)** de sinapsis centrales, **(Riddoch y Critchley)**.

Breves consideraciones anatómicas

Hablar de las vías anatómicas del dolor está fuera de esta contribución; sólo hablaremos de aquellos puntos indispensables para la mejor comprensión de nuestra exposición.

La anatomía del dolor presenta aún muchos puntos obscuros, así es como Charpentier, (1931), ha podido decir que "el dolor no es una cualidad sensitiva particular que tenga vías nerviosas propias". Esta es, sin duda, una observación exagerada. Dechaume, (1937), pareciera ser de la misma opinión en lo que respecta a las vías periféricas.

Sherrington, ha hecho notar la importancia de las vías de conducción desde la periferia hasta los centros tálamo-corticales. Su papel es activo, pues en las diferentes sinapsis que se encuentran en su curso se van moldeando, poco a poco, los impulsos aferentes, dispersados por la distinta velocidad de las fibras conductoras, hasta darles la configuración temporal y espacial adecuada y provocar en los centros más elevados la reacción dolorosa.

El cuerno posterior medular es una estación general para el dolor, pues a él llegan prácticamente todas las vías aferentes dolorígenas y entran en sinapsis con las grandes células de los cuernos posteriores. Foerster, en base a comprobaciones post-operatorias, piensa (contra lo generalmente aceptado), que si bien el haz espino-talámico es cruzado, existen algunas fibras directas conductoras de impulsos dolorígenes homolaterales. A "grosso modo" se puede decir que, el fascículo espino-talámico conduce las impresiones dolorígenes tanto víscerales como cutáneas y profundas.

Tendría por delante, (en su curso medular) las fibras táctiles y por detrás las que conducen la sensibilidad térmica. Stookey, (1929) y Diez, (1938), en base a cordotomías hechas con cuchilletes

muy angostos, creen que las fibras de la sensibilidad térmica corren por delante de las dolorosas.

Petit-Dutaillis, por su experiencia personal en cordotomías, piensa que la distribución de las vías dolorosa y térmica dista mucho de ser uniforme en la medula humana.

En el haz espino-talámico las fibras están dispuestas en tal forma que, cuanto más externas y posteriores son, su origen es más caudal. (Tilney y Elsberg).

Algunas fibras dolorígenas no tienen conexión sináptica en los cuernos posteriores, entrando directamente en los haces de Goll y Burdach. Esta disposición estaría abonada por la recidiva del dolor después de una amplia cordotomía ántero-lateral, por la persistencia del dolor en cordotomías por tabes dolorosa y porque la presión del haz de Goll, puede engendrar dolor. (Bagdasar y Babtchine).

Además, la substancia gris podría tener el papel de conductor a neuronas de corto relevo, (Schiff, Foerster). Karplus y Kreidl, han visto experimentalmente algo similar.

Esta vía secundaria centrípeta dolorígena adquiere mayor importancia al nivel del istmo del encéfalo, por la adición de numerosas sinapsis colocadas en las masas grises de la substancia reticulada, (Baudouin). Por eso un número variable, pero siempre elevado de neuronas se intercala en las vías dolorosas, entre los centros corniculares y los talámicos.

La cadena simpática, (como se verá más adelante) podría tener también el papel de conductor aferente para algunos, (Foerster), mientras que es negada esta posibilidad por otros, (Diez).

"Tampoco sabemos con exactitud, si las fibras de la sensibilidad térmica corren entremezcladas con las fibras de la sensibilidad dolorosa por el haz espino-talámico. Tal cosa se desprendería del hecho de que en los cordotomizados, la anestesia se hace siempre para ambas formas y en los mismos territorios. La patología ha enseñado, sin embargo, que algunas lesiones medulares son capaces de crear anestesias electivas al frío, al calor o al dolor, lo que indica que también estas fibras ascienden por la medula agrupadas de acuerdo a su función". (Diez).

El núcleo externo es el más voluminoso del talamo y se encuentra colocado entre la lámina medular interna y el brazo posterior de la cápsula interna. Al nivel de este núcleo y especialmente en su parte inferior y posterior, es que se hace el último relevo de las vías dolorosas. Según Wallenberg, el fascículo espino-talámico termina en la parte lateral del núcleo ventrolateral. A la región fronto-parietal llega la última neurona sensitiva que parte del tálamo.

No se ha podido determinar, si existe un territorio cortical aislado para cada modalidad de sensibilidad, como opina Gordon Holmes, o si están relacionadas con las distintas capas celulares corticales, (Foerster), lo que parece muy improbable.

De los trabajos de anatomía comparada de Brouwer, se desprende que en la escala animal, las vías aferentes se han ido desarrollando bajo la forma de un sistema doble desde el punto de vista anatómico y funcional.

a) Un sistema de formación antigua, (paliosensible) encargado de la protección del animal en relación con las cualidades elementales de las sensaciones nociceptivas: sus vías son los fascículos espino-talámico y espino-tectal. Este sistema integra el dolor y las temperaturas extremas.

b) Un sistema más reciente (neosensible) en la escala animal y cada vez más importante a medida que se asciende en la escala de los seres. Sus vías aferentes van por los cordones posteriores. Por ellos marchan las sensaciones táctiles, la sensibilidad profunda, la discriminación de pesos y de localización. Llegan por los núcleos de Goll y Burdach, al tálamo y de allí a la corteza donde se efectúan las discriminaciones finas, más intelectuales, de la sensibilidad.

Para Foerster, el sistema neosensible o epicrítico, más reciente, tiene una función frenadora sobre el paliosensible que conduce el dolor. Por ello, cuando el primero se lesiona, el mecanismo dolorígeno está liberado y el dolor toma un carácter excepcionalmente penoso, (Hiperpatía). Al lado de este dolor de origen deficitario, existe un dolor por irritación patológica de las vías del dolor. Pareciera que el cuerpo estriado tiene también un papel frenador sobre la actividad talámica. **(Garcín)**.

Dolor contralateral

Después de cordotomías ántero-laterales, se ha visto una disminución ligera homolateral de la sensibilidad al dolor, lo que sugiere la posibilidad de que si bien, las excitaciones dolorígenas son llevadas sobre todo, por el haz espino-talámico del lado opuesto, algunas van por el haz homolateral.

Hay, pues, una doble vía para la recepción del dolor en los fascículos espino-talámicos de ambos lados. Probst, ha probado el entrecruzamiento de fibras del lemnisco mediano al entrar en el tálamo. Así se explicaría la conservación del dolor vísceral y la sensibilidad profunda en casos de abolición del dolor cutáneo.

Caso análogo de disociación se ve a veces en el tronco cerebral, lo que daría pie a la posibilidad de una doble vía ascendente dolorígena en todo el neuroeje.

Los aspectos más elevados de las sensaciones aferentes, (discriminación, p. ej.) tienen una representación prácticamente unilateral en la corteza. Una sensación elemental y comparativamente poco desarrollada como la dolorosa, tiene tendencia a una representación bilateral, siempre estando más representado en la corteza sensitiva contralateral. **(Riddoch y Critchley)**.

Manifestaciones eléctricas del Dolor

Garten, (1903), fué el primero en afirmar que toda célula viviente ya fuese animal o vegetal, es capaz de poner de manifiesto su funcionamiento por medio de fenómenos eléctricos, variaciones de la polarización normal de su membrana de revestimiento.

Desde entonces una serie de investigadores han estudiado estos fenómenos, especialmente en el sistema nervioso.

Existe normalmente, una diferencia de potencial de algunos milivoltios entre el interior y el exterior de toda célula o fibra nerviosa. Todo factor excitante, (externo o interno) que disminuya o aumente dicha diferencia de potencial, va seguido inmediatamente por

el proceso inverso de recuperación para restablecer esa diferencia de potencial, o polarización normal, que constituye en sí el mejor exponente de la vitalidad del elemento en cuestión.

Si se aplica un estímulo artificial suficientemente intenso y brusco, (choque de inducción, p. ej.) en la superficie de una fibra nerviosa, esta variación temporaria de potencial o fenómeno de depolarización-repolarización se propagará a lo largo de la fibra en cuestión, a una velocidad uniforme y característica para esa fibra dada. Este fenómeno, cuya importancia es capital en fisiología nerviosa, ha sido llamado "potencial de acción" y es en un todo, igual al fenómeno natural evocado en las fibras nerviosas de todo orden, por los estímulos directos en sus terminaciones libres, o en los diversos corpúsculos, especializados receptores, en que toman origen.

Los impulsos nerviosos entonces se evidencian por sus potenciales de acción, si es que los potenciales de acción no son la acción nerviosa, y todo dispositivo que inscriba dichas ondas de depolarización-repolarización, permitirá estudiar el funcionamiento de dicha fibra nerviosa y en consecuencia de la neurona de la cual forma parte.

Si se conectan ambos terminales de un galvanómetro de cuerda con una fibra nerviosa o cuerpo celular, las deflexiones de la aguja del mismo mostrarán el número y el tiempo de pasaje de los potenciales de acción.

Gracias al genio de Bishop, Adrian, Gasser, Newcomer, Erlanger, Toennies, Lorente de Nó, Bronk y Eccles, por no citar sino los más brillantes dentro de una pléyade de investigadores, la electrofisiología contemporánea, usando amplificadores adecuados y oscilógrafos de rayos catódicos, ha dado un gran paso en el estudio del funcionamiento del sistema nervioso.

Existe en el Instituto de Fisiología de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires, una sección destinada a dichas investigaciones, cuyo instrumental hemos construído en los Estados Unidos bajo la dirección del Ingeniero Toennies, con una donación de la Fundación Rockefeller.

Adrián, demostró que si un estímulo adecuado periférico pone en actividad a un receptor sensitivo o sensorial, éste actúa como si

fuese un transformador de energía, pues despierta en las fibras nerviosas energía eléctrica, (ondas de acción) en base a otra energía estimulante, (mecánica o térmica, p. ej.).

La acción potencial que acompaña al impulso nervioso propagado de una fibra aislada ha sido estudiada, entre otros, por Adrián, Kato y Grundfest, usando técnicas muy delicadas e ingeniosas. La fibra nerviosa obedece a la ley del "todo o nada", es decir que con estímulos progresivamente crecientes se llega a una intensidad crítica con la cual se despierta una acción potencial en forma de una deflexión negativa, aguda y rápida, llamada "espiga", seguida de dos deflexiones lentas, de poco potencial, una negativa y otra positiva, exponentes del proceso metabólico de regeneración de la fibra a su estado de reposo.

Aumentada aún más la intensidad del estímulo, la fibra nerviosa presentará deflexiones idénticas a la anterior, no habiendo despertado esta energía extra ningún fenómeno nuevo.

Si los estímulos eficaces se mantienen de la misma intensidad, pero son cada vez más frecuentes, los potenciales de acción corresponderán a la frecuencia impuesta por el estímulo hasta un cierto límite, en que la fibra responderá a algunos estímulos y no a otros.

Al comienzo de la espiga corresponde un período de inexcitabilidad absoluta; al final uno de inexcitabilidad relativa; a la onda lenta negativa corresponde un período de hiperexcitabilidad, también llamado "facilitación" y a la onda lenta positiva corresponde un período de inhibición, (como se ha comprobado colocando un segundo estímulo de prueba en fases sucesivas de una acción potencial).

Como todo nervio consta de múltiples fibras, la acción potencial recogida se compone de la suma algebraica de los pontenciales individuales de cada una de las fibras en actividad en ese momento dado, cuyos impulsos pasan por los electrodos detectores.

Estudiando histológicamente nervios humanos de distintos tipos, se ha visto que el diámetro de las fibras varía desde 15 micrones a fracciones de micron y que las fibras más finas en general no son mielinizadas (14 a 1 micra, Ranson).

A esta diferencia histológica, se agregan las funcionales que permiten separar las distintas fibras entre sí.

El área del potencial eléctrico de cada fibra disminuye con el diámetro de la misma.

La intensidad de estímulo necesario para provocar una respuesta, es menor, cuanto mayor es el diámetro de la fibra.

La frecuencia de impulsos que una fibra es capaz de conducir varía en razón directa del diámetro.

La velocidad de conducción de los potenciales de acción es mayor cuanto mayor es el diámetro de la fibra.

Una corriente polarizante bloquea en forma temporaria o definitiva la conducción a lo largo de una fibra nerviosa, tanto más fácilmente, cuanto mayor es el diámetro de la fibra en cuestión.

La presión aplicada a un nervio por medio de un manguito neumático actúa en forma análoga que las corrientes polarizantes.

El tiempo choque-respuesta y los períodos refractarios absoluto y relativo son tanto menores, cuanto mayor es el diámetro de la fibra.

La acción de los tóxicos y anestésicos es variada, y será estudiada más adelante.

En base a todas estas características, es que Bishop, Erlanger y Gasser, han dividido las fibras de acuerdo a su diámetro decreciente en los grupos A, (con los sub-grupos alfa, beta, gama y delta), B, (con los sub-grupos B1 y B2 y C.)

Las fibras A, son mielinizadas siempre, las B, casi siempre y las C, casi nunca.

Las fibras A y B, corresponden a los nervios de la vida de relación y las C, en general al sistema autónomo. Entre los grupos B y C, no se puede a veces hacer una delimitación muy exacta, pues hay fibras que por unas características pertenecen al grupo B y por otras al grupo C.

Excitando un nervio mixto, como es el safeno del gato, con un estímulo eficaz para las fibras C y recogiendo la acción potencial a algunos centímetros de distancia del punto estimulado, por la dispersión temporal debida a las distintas velocidades de conducción de las fibras constituyentes, se verá el electro-neurograma típico

descripto por Erlanger, Bishop y Gasser, con tres elevaciones fundamentales correspondientes a las fibras A, B y C.

En esta forma, es como Bishop, Heinbecker, O'Leary y Gasser, han estudiado a qué tipos de fibras corresponden el dolor y las demás sensaciones.

En una excitación periférica mantenida la frecuencia de las respuestas, tiende a disminuír con el tiempo por un fenómeno de adaptación.

Si se aumenta la intensidad del estímulo de un órgano terminal periférico, la frecuencia de sus descargas aumenta y permanece activo por un tiempo mayor. Hemos visto anteriormente, la importancia que este fenómeno tiene en el proceso central integrativo que provocará la sensación dolorosa.

En los nervios de mamíferos, las fibras A conducen a una velocidad de 90 a 40 metros por segundo, las B de 40 a 15 metros por segundo y las C. de 2 a 0,5 metros por segundo.

Pareciera también, que un tipo de fibras conduce un tipo dado de sensaciones: tactiles, de picoteo o térmicas, pero el dolor puede ser producido por impulsos que van por los tipos más variados de fibras, no estando limitado a un solo grupo dado, como pensaron orignariamente Adrián y Hoagland.

"Es fácil poner a descubierto en el hombre consciente un nervio de la piel o un nervio muscular para estudiarlo funcionalmente. Se los puede extirpar sin peligro, siempre que se trate de una rama puramente sensitiva o de un pequeño ramo motor de un músculo a inervación múltiple. Se observan los umbrales para las diversas sensaciones y la intensidad de la sensación para estímulos de intensidad varia. El registro simultáneo de los potenciales de acción permite determinar la presencia o ausencia de diversos grupos de fibras en relación con la sensación. El nervio extirpado se estudia histológicamente por el ácido ósmico y la plata-piridina; se cuentan las fibras, se las mide y se compone un mapa para compararlo con el normal. Así es posible un estudio muy satisfactorio del dolor periférico. Se puede entonces, localizar y definir el estado patológico subyacente o por exclusión se llega a demostrar que es más central" (Bishop y Heinbecler).

Además de estas experiencias en el hombre, se han analizado las fibras que producen el dolor en los animales. En el perro se han estudiado los nervios al descubierto y sus correspondientes potenciales. En el conejo se han bloqueado por la presión las fibras mielinizadas de un nervio de la piel y se ha estudiado el dolor producido por las restantes. Lo mismo se ha hecho con nervios viscerales y cutáneos en el gato después de bloqueos eléctricos. Gasser, ha estudiado el bloqueo diferencial de las distintas fibras por la cocaína y sus derivados. Según él, fibras tan veloces como las que conducen las sensaciones de presión, pueden conducir las sensaciones dolorígenas.

La posibilidad de conducción del dolor, después que las fibras A y B han sido bloqueadas por asfixia, prueba que el dolor puede ser también producido por impulsos en las fibras C. Zotterman, sostiene también, que el dolor puede ser conducido por fibras de velocidad propia del sistema autónomo.

Con manguitos presores en un nervio mixto, Lewis, Pickering y Rothschild, dejan solo las fibras C sin bloquear y notan un cambio apreciable en la sensación dolorosa despertada si se la compara con la sensación despertada en estado normal. El pinchazo de un alfiler es a menudo retardado por un segundo o más y la sensación dolorosa dura más que de costumbre. Este retardo y persistencia son fáciles de confirmar y es lo que debe suceder si en este caso especial, el dolor es mediado por las fibras C por exclusión de fibras de mayor velocidad, (que son las que determinan la latencia corriente de las sensaciones).

Esta preciosa experiencia es de enorme valor teórico y práctico y es la mejor prueba de la importancia que tiene la frecuencia de los estímulos individuales en cada una de las fibras y el tipo de las mismas, para determinar la forma y punto de integración de la sensación dolorosa. Además, pone en evidencia que el sistema nervioso, si bien corrientemente, emplea una vía dada para conducir un tipo de impulsos aferentes, tiene una capacidad potencial de conducirlos en caso de emergencia, por una vía secundaria o supletoria.

Este mecanismo plástico integrativo ha sido también puesto en evidencia en los centros medulares para el reflejo de flexión des-

pués del bloqueo eléctrico de las fibras que normalmente lo producen por (Gasser, Toennies y Odoriz) y pareciera ser una de las características propias de los centros frente a las fibras.

Quizá así se puede dar una explicación satisfactoria del retardo a veces considerable en la transmisión de la sensibilidad dolorosa, a pesar de la conservación de la sensibilidad táctil, (hasta de segundos) en casos de tabes, neuritis periféricas, afecciones espinales o talámicas.

Es sabido también, que el éter paraliza antes las fibras C que las B, siendo válida la inversa para el "**dial**". Los gatos a los cuales se les administra dosis crecientes de éter, mueren con movimientos respiratorios rápidos y poco profundos; en cambio, los sacrificados con dial, lo hacen con movimientos respiratorios lentos y profundos.

Que las fibras B y C llegan a puntos distintos en la medula, se puede probar con los anestésicos: se puede dar una dosis crítica de éter que bloquee los reflejos de C y deje los de B, o una de dial que haga lo contrario.

Las fibras mayores que conducen el dolor, son de 3 a 6 micrones de diámetro, de tipo somático: corto período refractario y cronaxia reducida.

Su umbral es menor y su velocidad de conducción mayor que las de las fibras de la misma forma y diámetro del sistema autónomo. Su velocidad de conducción es de 10 a 15 metros por segundo.

Las fibras más pequeñas capaces de conducir sensaciones dolorígenas están bien dentro de los límites acordados para las fibras amielínicas (4 a 1 micras) del sistema autónomo, **(Gasser, Baudouin, Ranson)**.

En los músculos y en las vísceras las fibras encargadas de conducir las sensaciones dolorrígenas, son las mismas que en las formaciones cutáneas.

El electro-mielo-grama ha sido estudiado en los animales por Gasser, Graham, Hughes y Odoriz, en experiencias sobre el reflejo de flexión, pero corresponde el mérito a Brunschweiler, de haberlo estudiado teniendo en cuenta la respuesta a excitaciones variadas nociceptivas o no, en el tren posterior de perros espinales.

Los trazados de un punto dado varían de acuerdo al estímulo empleado, (movimientos pasivos, pinchazos, frotamiento, calor).

Colocando los terminales del galvanómetro en distintos puntos medulares, ha visto lo siguiente: El pinchazo provoca variaciones de potencial en el cordón lateral controlateral y muy leves en el del lado opuesto. El frotamiento dá oscilaciones en el cordón posterior y lateral homolateral. El calor dá variaciones de potencial en el cordón posterior homolateral y lateral del lado opuesto. Los movimientos pasivos dan deflexiones en el cordón posterior y haz de Flechsig homolaterales. En los cordones anteriores, solamente el frotamiento ha producido algunas variaciones de potencial. Estas experiencias necesitan aún ser confirmadas, pues es muy difícil, en la medula espinal, recoger acciones potenciales de un punto dado con exclusión más o menos completa de las zonas vecinas. Están de acuerdo con lo que se admite en estos momentos sobre conducción de los impulsos dolorígenos por la medula espinal, que van por los dos cordones laterales, (con predominio del contra-lateral) y un poco por los haces posteriores directos. Los impulsos que la medula conduce a los centros superiores son eléctricamente distintos de los transmitidos por los nervios aferentes, lo que está perfectamente de acuerdo con lo dicho anteriormente sobre la acción integrativa, (facilitación, inhibición) de los centros medulares (en esta primera etapa).

Llama la atención la relativa lentitud de las fibras más rápidas que conducen los impulsos aferentes dolorígenos, (10-15 metros por segundo) comparadas con la velocidad de conducción de las vías aferente y eferente que intervienen en el reflejo de flexión, por ej. (80-90 metros por segundo) que se produce por un pinchazo en una extremidad posterior, por ej. Un simple cálculo matemático prueba que el reflejo de flexión que aleja el miembro lesionado del agente nocivo se cumple en su totalidad, antes que los primeros impulsos dolorígenos lleguen a los centros superiores para provocar la sensación subjetiva consciente dolorosa. Pareciera como que el dolor no es un fin sino una advertencia para el futuro y que la función primordial de los impulsos aferentes, es alejar el punto lesionado

del agente vulnerante. Otro tanto puede verse con las percepciones sensoriales y los reflejos que las acompañan.

Dolor mediado por fibras de conducción lenta

André-Thomas, piensa que las fibras simpáticas pre o postganglionares no conducen el dolor, pero acepta que existen dentro del sistema simpático fibras sensitivas de otro origen, cuya excitación sería la causante del dolor que aparentemente transmite el sistema simpático. La sensibilidad simpática sería para él una sensibilidad prestada. Sobre este punto volveremos luego ampliamente; pero desde ya podemos decir, que la simpatectomía periarterial o la arteriectomía curan dolores causálgicos de tipo simpático, **(Leriche)**.

Bishop, Heinbecker y O'Leary, han contado el número de fibras mielinizadas del diámetro de las dolorígenas y las no mielinizadas existentes en un ramo cutáneo humano y han encontrado que por cada fibra mielinizada hay dos no mielinizadas **(398 por 863)**, así es que se puede decir que en las raíces dorsales, hay más fibras dolorígenas no mielinizadas que mielinizadas.

El fracaso en muchos casos de estudio de las fibras C, se debe a que los animales son generalmente anestesiados con éter, que además de bloquearlas electivamente, es de muy lenta eliminación.

Dos procedimientos de acción totalmente opuestos se usan para bloquear en forma electiva las fibras de un nervio.

La presión, como ya vimos, bloquea primero a las fibras más gruesas.

La cocaína bloquea primero a las fibras más finas, **(Gasser y Erlanger, 1929)**.

Puédese, pues, anular electivamente un extremo de la gama de las fibras dejando intacto el otro.

La procaína en anestesia requídea o directamente, puede abolir electivamente las fibras sensitivas y motoras, previo bloqueo de las fibras finas.

Baudouin, ha podido bloquear todas las fibras mielínicas por medio de choques breves de inducción, dejando permeables las amielínicas. Toennies y Odoriz, con descargas adecuadas de condesadores han bloqueado "in situ" las fibras A, dejando permeables las B y C en el safeno del gato.

En resumen, se puede decir que la presión, el bloqueo eléctrico y el dial paralizan primero las A, luego las B y finalmente las C. La cocaína, sus derivados y el éter, a la inversa.

"In vivo" la cocaína bloquea las distintas sensaciones en el orden siguiente:

Fibras para vasocontricción;
Frío;
Calor;
Dolor superficial y profundo;
Motilidad;
Sensaciones táctiles y de presión.

La detensión de la circulación de un miembro por ligadura en la raíz del mismo, hace desaparecer las sensaciones en la forma siguiente: en primer término, se atenúa y desaparece la táctil; luego pasa lo mismo con la térmica, al mismo tiempo que se establece una hiperalgesia.

Teoría de Lugaro

En base a los estudios experimentales del dolor, a las comprobaciones electro-fisiológicas, clínicas y quirúrgicas, se han ideado muchas teorías para interpretar de un modo general el problema tan debatido de la relación, si es que existe, entre los distintos tipos de dolores, especialmente entre el dolor somático y el simpático.

La teoría de Lugaro, (1930), es la que nos parece estar más de acuerdo con todos los hechos observados, y es por ello que la vamos a exponer con algún detalle:

Existen (siempre desde el punto de vista fisiológico), dos vías principales posibles en la región mielo-bulbo-talámica para la conducción centrípeta de los impulsos dolorígenos, ambas vecinas o con una interconexión sináptica posible.

La segunda neurona sensitiva es mucho más numerosa para el caso del dolor somático que para el caso del dolor visceral. Bishop y Heinbecker, (1935), han probado, por otra parte, que la excitación de las fibras no mielinizadas del safeno, del nervio del haz interno del gastrocnemio, del tronco simpático y del vago, entre otros efectos similares, produce dolor y que la intensidad del mismo, depende del número de fibras disponibles en cada nervio. Sostienen, además, que el dolor provocado por la excitación de un número dado de fibras no mielinizadas es siempre menor que el dolor producido por igual número de fibras mielinizadas.

Normalmente y en forma constante entran por la primera neurona aferente medular a los centros medulares simpáticos, una serie de impulsos que sirven para mantener en forma inconsciente y refleja a las vísceras en condiciones óptimas de funcionamiento, como ha sido probado ya por Bronk. Si algún transtorno visceral se produce, el número de impulsos en cada neurona aferente o el número de neuronas puestas en función aumenta y se llega al umbral para la sensación dolorosa, percibiéndose por suma un dolor difuso, profundo, relativamente mal localizado, llamado dolor visceral.

Leriche, cree también, que las vísceras tienen una sensibilidad que les es propia, así es como algunos enfermos han podido precisar el punto en que se producía una perforación intestinal.

En el estado de salud parten constantemente de la piel, **(Adrián Bronk)**, músculos, huesos, tendones y articulaciones, **(Sherrington, Matthews)**, impulsos aferentes que llegan al centro medular correspondiente y que sirven para mantener, en forma inconsciente también, en buenas condiciones a esos órganos. Cuando estos estímulos aferentes aumentan en número o frecuencia por estímulos de diverso orden se tienen las sensaciones de contacto, presión, calor, etc.; una vez pasado el umbral se provoca dolor que se localiza en la zona excitada.

Así es como, en los síndromes dolorosos periféricos, la supresión de un número adecuado de fibras aferentes suprime el dolor, (Dogliotti).

Si los impulsos centrípetos que llegan por la vía de la neurona visceral a los centros medulares correspondientes, son de gran fre-

cuencia o número, además de provocar dolor en el órgano de donde parten, entran en conexión con el grupo de neuronas (pool) correspondientes al centro de la primera neurona aferente somática, dando como resultado hiperestesia al contacto, presión, calor, etc., en la zona cutánea correspondiente, pues, suman su acción a la de los impulsos que de allí llegan.

Si la influencia del centro medular visceral sobre su vecino somático es mayor, se producirá dolor espontáneo y referido a la zona somática o metámera correspondiente.

En este último caso se sienten ambos dolores, el visceral, apagado difuso y poco localizado, como le es característico, y el somático vivo y perfectamente localizado en la periferia. Lógicamente el primero pasa casi desapercibido al lado del segundo, pero existe. Por ello es que, en algunos dolores viscerales con "irradiación" periférica, es tan difícil decir cual es el punto realmente doloroso.

Nos parece que de lo dicho por Lugaro, se desprende también la posibilidad de que en algunos casos, la acción del grupo de células medulares viscerales sobre el grupo somático sea más fácil o más temprana que en otros y antes de que el dolor visceral aparezca por suma, algunos de sus impulsos aferentes se sumen a los impulsos aferentes normales somáticos y el dolor, de origen visceral, tenga un carácter marcadamente somático, (ya se ha mencionado el mayor valor "dolorígeno" de un impulso en una fibra somática, que el valor del mismo en una fibra visceral).

Así podría explicarse el fenómeno paradojal de Lemaire, (1924), por el cual la anestesia cutánea, suprimiendo los aferentes normales somáticos, suspende el fenómeno de suma, (somático-visceral) medular y hace desaparecer el dolor referido cutáneo, dejando o no el visceral. La supresión de uno de los factores, (el normal en este caso) hace que la suma, (dolor) no se produzca.

Que el grupo de células (pool) viscerales influencia al grupo somático es lo que acabamos de exponer, pero existe también la posibilidad del fenómeno inverso desde que por irritación mecánica de los aferentes de los nervios periféricos (presión), es posible invertir los términos de la suma medular y exagerar el dolor visceral, (David y Pollock, Baudouin).

El problema de los impulsos aferentes que llegan de las vísceras a los centros medulares, será tratado más adelante.

Así es como Leriche, ha visto a veces que la infiltración con novocaína del simpático ganglionar hace desaparecer un dolor típico cerebro-espinal, es decir, que la anestesia de un sistema suprime el dolor en apariencia producido totalmente por el otro.

En el origen de muchos dolores de tipo somático hay evidentemente un factor autónomo, desde que la supresión del mismo por un tóxico suprime el dolor.

El dolor somático típico y puro es muy distinto del dolor visceral puro y típico, como fenómeno subjetivo, a pesar de que muy corrientemente se presentan asociados. Esta sería una razón más para aceptar que los substractos anatómicos que los producen, si bien distintos, deben estar en cierta manera interconectados.

La infiltración anestésica de los ganglios simpáticos adecuados, suprimen el dolor somático más típico, temporariamente, (fenómeno inverso al de Lemaire) y sin embargo todas las demás formas de sensibilidad correspondientes a esa zona cutánea están conservadas (táctiles, térmicas, etc.). De ello se deduce que los receptores sensitivos periféricos y sus vías cerebro-espinales no han sido modificados y sin embargo el dolor ha desaparecido, **(Leriche)**.

Se trata aquí, indudablemente, de un dolor por suma mixta somático-visceral suprimido por la eliminación tóxica del componente normal.

Bagdasar y Babtchine, en base a la hipoestesia o embotamiento de la sensibilidad táctil que queda después de una cordotomía unilateral antidolorosa, afirman que siempre en tales operaciones se suprime un número considerable de fibras conductoras de impulsos táctiles. Piensan por ello, que la sensación de dolor aparece toda vez que las fibras conductoras de la sensibilidad táctil son estimuladas muy intensamente.

Esto está en abierta contradicción con las experiencias minuciosas y concluyentes de Bishop, Heinbecker y O'Leary.

Nos parece que la observación de Bagdasar y Babtchine, es pasible de otra interpretación, (que damos como puramente personal).

Quizá los receptores y fibras individualizadas por Bishop y sus colaboradores, como dando la sensación táctil especial de picoteo, tengan un papel en la recepción normal de los impulsos táctiles, además de su función conocida de conducir los impulsos dolorígenos, cuando son excitados más intensamente.

La piel de la región privada de las mismas por una cordotomía, quedaría analgésica y con una sensibilidad táctil algo degradada, que se traduciría subjetivamente por un embotamiento de la sensibilidad táctil.

Se pueden dar algunas otras razones adicionales, para probar que el mecanismo doloroso es siempre debido a un fenómeno de suma.

Achelis, ha visto que se necesitan por lo menos 50 estímulos en sucesión rápida para producir la sensación de dolor estimulando eléctricamente la piel. La frecuencia óptima es de 10 a 20 por segundo, pues es a esta frecuencia que se produce la sensación dolorosa con estímulos de menor intensidad; indudablemente este hecho está ligado al período de facilitación que deja por un espacio corto de tiempo en cada fibra nerviosa, el pasaje de un impulso eficaz propagado. A frecuencias menores y mayores, se necesita mayor intensidad de estímulo, desde que en el primer caso, los estímulos caen en la zona de hipoexcitabilidad del estímulo que los precede y en el segundo caso, en la de período refractario relativo o absoluto.

Cuando la suma temporal de los estímulos aplicados a la piel **(tétanos)** es incapaz de provocar la sensación dolorosa, el aumento de la superficie cutánea excitada, puede llegar a producirla por aumento del número de fibras activas, al mismo tiempo que produciría una suma especial central mayor.

Por lo observado en algunos psicasténicos, Achelis sostiene que la suma temporal no es necesaria siempre para la producción del dolor. Esta afirmación nos parece errónea, pues, tanto la adición de impulsos en fibras paralelas, como la sucesión de ellos en una misma fibra, se convierten en última instancia en una suma temporal y espacial en los centros.

Esta doble suma temporal y espacial, es el mecanismo fundamental que regula el pasaje sináptico en los centros.

Bourguignon, sostiene que un estímulo eléctrico sobre los puntos cutáneos de calor, da dicha sensación y que un aumento de la intensidad, produce una sensación de calor quemante, una verdadera causalgia experimental.

Un fenómeno curioso, pero no una excepción si se estudia bien, pareciera existir en el comportamiento de las descargas provocadas por los estímulos táctiles cutáneos, como ha sido puesto en evidencia por los potenciales de acción recogidos de fibras aferentes por Bronk. (1935).

Los receptores táctiles se adaptan muy rápidamente y descargan uno o pocos impulsos por cada estímulo cutáneo, **(mecánico por ejemplo)**; no manifiestan la intensidad del estímulo por variaciones en la frecuencia de su descarga. Esto pareciera estar en oposición a lo ya dicho, sobre el comportamiento del sistema nervioso y sus elementos terminales ante estímulos de intensidad variada. Sin embargo, nos parece que no es así, pues la sensación de contacto, a diferencia de todas las demás, tiene un umbral crítico, es decir, se percibe o no se percibe, carece de grados de intensidad. Si el contacto es más intenso, entran en juego otros tipos de receptores, los de presión. Así, el sensorio podrá reconocer que, además del contacto hay presión más o menos intensa.

Si el número de puntos cutáneos estimulados se aumenta (contacto más extenso), entrarán en función más fibras paralelas, pero cada fibra aferente conducirá el mismo número de impulsos, como en el caso de contacto reducido y a la misma frecuencia.

Indudablemente, en este caso, el número total de impulsos aferentes ha aumentado y el sensorio puede así discriminar entre un contacto reducido y uno extenso.

Aparte de los receptores táctiles por excelencia, existe otro tipo antes mencionado, puesto en evidencia por Bishop y sus colaboradores, que dan por su estímulo umbral, una sensación táctil especial, (que a falta de una expresión mejor se describe como de picoteo) y que estimulados más intensamente, son los encargados normales de generar los impulsos aferentes dolorígenes.

Integración del Dolor. Facilitación e inhibición

Sherrington y Sowton, Forbes y Lambert, por el estudio de los reflejos de flexión y extensión cruzada en animales espinales, han demostrado que la conexión de los centros grises entre sí es muy grande, corroborando así para el funcionamiento de los mismos, lo que el estudio histológico hacía ya sospechar.

Las vías aferentes medulares sensitivas y las dolorígenas tienen, (además del recorrido ascendente que hemos visto) múltiples conexiones desde su entrada en la medula con las vías eferentes, (neuronas de los cuernos anteriores) por medio de una o varias neuronas internunciales. Estas mantienen por medio de los circuitos reverberantes de Ranson, Kubie y Lorente de Nó, una actividad local medular muy acentuada, por un tiempo largo.

Así es como el electro-mielograma evocado por un estímulo nociceptivo en el animal espinal dura hasta 150-200 milisegundos con una o dos deflexiones negativas y una positiva, (Gasser, Toennies y Odoriz) y el reflejo de flexión correspondiente se ha cubierto ampliamente en 20 milésimas de segundo.

¿Qué papel tiene esa actividad medular prolongada?

El electroneurograma típico dado por un grupo homogéneo de fibras estimuladas al mismo tiempo muestra en una sucesión temporal la espiga, seguida de la onda lenta negativa, (período de facilitación) y luego de la onda positiva, (período de inhibición).

La acción de agentes químicos **(eserina Ca., Mg., Ringer)** sobre los nervios ha permitido a Eccles, Gasser y Grundfest, aumentar o disminuir los componentes lentos del electro-neurograma y hacer un estudio más profundo de los mismos. Así Eccles, ha llegado a probar, que si bien aparentemente, la onda lenta negativa sigue a la espiga y va seguida a su vez por la positiva, en realidad ambas ondas lentas comienzan con la espiga, son procesos simultáneos y no sucesivos, pero de distinta duración y valor absoluto, de ahí el aspecto de electroneurograma, que no es sino una resultante algebráica. En otras palabras: durante parte de la espiga y mucho después de ella existen coetáneamente ambos procesos de faci-

litación e inhibición. En el curso de la espiga están enmascarados por los períodos refractarios; durante el período de onda lenta negativa, la facilitación es mayor en valor real que la inhibición y por ello aparece la suma algebráica como negativa y durante el período de onda lenta positiva sucede la inversa.

Vemos entonces que en el neurograma más simple se ha comprobado que la facilitación y la inhibición son precesos opuestos fundamentales y simultáneos y con una gran tendencia a aumentar uno en detrimento del otro, por cualquier variación de composición del medio en que se encuentre la fibra en cuestión. Este es un hecho fundamental a retener.

Todo estímulo externo, (pinchazo en este caso) provoca una descarga de impulsos aferentes casi simultáneos en diferentes tipos de fibras en la periferia, que llegan a los centros medulares con una fina e irregular dispersión temporal. Las respuestas reflejas medulares se cumplen en un tiempo brevísimo, como hemos visto antes, y dejan una actividad reverberante de las neuronas internunciales en los centros medulares por **150-180** milesegundos.

Al mismo tiempo van llegando a la medula los impulsos aferentes de fibras más lentas, provocados también por el estímulo externo, **(impulsos dolorígenes, p. ej.)** y encuentran a los centros medulares en plena actividad reverberante. Como cada impulso individual es una mezcla simultánea de facilitación e inhibición, la totalidad del proceso reverberante también lo será y podrá modificar por cualquiera de estos dos procesos a los influjos aferentes dolorígenos. Por ello la inhibición, (Gasser y Odoriz) y la facilitación (Odoriz), son procesos que se ponen de manifiesto intensamente en cualquier momento del electromielograma, siendo debida la preponderancia de la una sobre la otra a alteraciones circulatorias, de composición, de medio, temperatura, etc.

De esto se desprende que, además del factor periférico, **(lo mismo que en todas las actividades del sistema nervioso)** la excitación y la inhibición central juegan concurrentemente su papel en la aparición, supresión o modelado del dolor.

"Ellas deben ser consideradas como dos factores opuestos que se corresponden en el sentido jacksoniano: el uno no está presente sin el otro". (Riddoch y Critchley).

Son clásicas, en este sentido, las experiencias de Sir Henry Head: el glande colocado en agua a 40° da sensación de dolor. Si se sube la temperatura a 45° y el agua llega también a ponerse en contacto con el surco balamo-prepucial (donde hay terminaciones que responden al calor), la sensación de calor inhibe a la de dolor y solo se siente aquella. A 50° las excitaciones dolorígenas son de tal intensidad, que rompen el equilibrio en su favor y el dolor es intenso.

Según Sherrington, es al nivel del cuerno posterior que se lleva a cabo la inhibición de las excitaciones provenientes de la actividad visceral y el dolor o el sentimiento de desconfort visceral es apreciado solamente, cuando la excitación es tan intensa como para romper en su favor el balance facilitación- inhibición.

Es fundamental recordar, que en última instancia estos procesos son sinápticos, necesitándose el concurso adecuado en tiempo y en espacio, de dos o más impulsos aferentes para que una sinapsis sea pasada.

Las sinapsis son los puntos más sensibles de todo el mecanismo que finalmente desencadena el dolor. Toda modificación de composición del medio en que se encuentren las uniones sinápticas, modificando el funcionamiento de las mismas alterará el proceso dolorígeno.

"Los influjos sensitivos en su pasaje ascendente hacia el tálamo y la corteza están sometidos en cada etapa sináptica, a los mismos efectos de inhibición y facilitación cuando los influjos adicionales venidos de otras partes entran en acción, siendo sometidos de una manera sistemática y repetida a contínuas modificaciones, gracias a los procesos de integración", (Riddoch y Critchley).

Para los mismos, Ajuriaguerra, distingue: 1º—Un nivel inferior o espinal; 2º—Un nivel bulbar o mesencefálico, donde las influencias cardíaca, respiratoria, vasomotoras y grandulares, entran en juego; 3º—Un nivel tálamo-estriado, allí los mecanismos del dolor son de nuevo integrados y la apreciación subjetiva del dolor interviene,

y 4º—Un nivel cortical donde los caracteres finos discriminativos son agregados, teniendo un efecto de control sobre la naturaleza exclusiva y difusa de las reacciones afectivas.

Dolor como fenómeno físico-químico y humoral

En ciertas algias de origen irritativo periférico, el tratamiento roentgenterápico produce modificaciones sanguíneas marcadas: ligera hipoglucemia, hipercolesterinemia **(Wacker y Huesch)**, hipercalcemia transitoria **(Langeron)**, variación del tenor metálico ionizado y liberación de proteínas leucocitarias **(Kroetz)**. Estas modificaciones sanguíneas si es que algún papel tienen en la atenuación o supresión del dolor, este debe ser secundario desde que la irradiación antálgica tiene que ser hecha sobre la región cutánea generadora de los impulsos dolorígenos para ser efectiva y las modificaciones sanguíneas aparecen en todas las irradiaciones, locales o alejadas, efectivas o no.

"Las modificaciones físico-químicas que producen los rayos X en la zona cutánea dolorígena son múltiples: alcalosis tisural con aumento de los puntos isoeléctricos **(Reiss)**, liberación de sustancias protéicas y lipóidicas complejas, variación del tenor de Ca., Mg., K., variación de las fases y cargas eléctricas colóideas, modificación de la permabilidad celular y de los intercambios osmóticos, aumento del tenor de iones H e ionización tisural seguida del establecimiento de pequeñas corrientes eléctricas locales" **(Hagueneau y Gally)**.

Habrá que buscar en última instancia en alguna de estas modificaciones locales, el real agente antálgico que disminuye, modifica o suprime los impulsos algógenos a los centros y no en éstos la acción real de los rayos X, desde que Heineke y Scholz, (1904) demostraron que el sistema nervioso central era relativamente insensible a las dosis terapéuticas.

La acción antálgica de la roentgenterapia a estas dosis ha sido intensamente estudiada y pareciera que los rayos X no actúan sobre los receptores cutáneos o profundos directamente. Los ner-

vios "in situ" (Schmidt), no son modificadas histológicamente ni sus potenciales de acción se modifican, **(Schaefer y Schmitz).** El colesterol y la lecitina "in vitro" se modifican por la acción de los rayos X **(Straus)** y esto hace suponer que a un fenómeno similar cutáneo hay que imputar la acción antálgica de los mismos.

La acción directa de los rayos X sobre el sistema nervioso autónomo no es antálgica inmediatamente, su acción es más bien lenta, progresiva y tardía.

Por otro lado se comprueba que los rayos X provocan un eritema marcado cutáneo y profundo **(Gabriel)**.

Para **Dale** y su escuela **(Feldberg, Gaddum, Vartiainen),** que aceptan que el fenómeno de la transmisión sináptica es puramente humoral, toda irritación cutánea (**mecánica, química, térmica y electromagnética)** actuaría sobre las terminaciones aferentes por medio de la liberación de histamina y secundariamente de acetilcolina.

Diez, ha observado el siguiente fenómeno en repetidas oportunidades: haciendo una cordotomía antero-lateral analgica en dos tiempos, la primera operación o sea la simple laminectomía suprime totalente, durante los 3 o 4 días que transcurren hasta la segunda, el dolor producido por la afección, casi siempre cancerosa, que la indicaba.

Lo mismo ha observado en su operación antálgica abdominal (sección combinada de los espláenicos y de las cadenas laterales del simpático). Opera primero de un lado y 10 días después del otro lado; siempre los dolores primitivos desaparecieron en ese lapso de tiempo, a tal punto que algunos enfermos, creyéndose curados, se rehusaron a la segunda operación, permitiéndole así tener la curiosa comprobación, de que el período de analgesis no excede de 15 días. Esta analgesia sólo puede explicarse por las modificaciones humorales que determina la intervención quirúrgica.

En las observaciones de Diez, para irritaciones dolorígenas centrales, como en el caso de la radioterapia superficial para las periféricas, estamos frente a una substancia o modificación humoral que por presencia o ausencia lleva a la analgesia. Este es un pro-

blema planteado a resolver, pues su conocimiento nos daría un arma poderosísima contra el dolor.

A conclusiones análogas llegan Delherm, Mathieu, Fischgold y Rosselet, quienes aceptan para la piel una verdadera secreción interna.

En forma análoga podría explicarse en última instancia el poder antálgico, notable a veces, de las puntas de fuego, las ventosas y las moxa, (medio terapéutico chino de la más remota antigüedad).

Para Salmon, el dolor de los espasmos vasculares es de origen simpático, desde que se agrava por las drogas simpaticomiméticas y se mejora por la simpatectomía.

En los espasmos vasculares no es la isquemia la que provaca el dolor, sino la ectasia venosa concomitante, cuya sangre cargada de CO_2 y otros metabolitos es muy tóxica; así se explica que las flebitis, y las trombosis de las venas periféricas y miocárdicas sean tan dolorosas.

Neuda y Melville Arnott, piensan lo mismo del origen del dolor en la claudicación intermitente y Volkmann, del dolor en la contractura isquémica.

Martinet, incluye entre los estados hisposfícticos con plétora venosa al síndrome de Raynaud, a las acrocianosis y a las acroparesterias.

Monge, opina que el dolor que sigue a la punción lumbar se debe a la hiperemia venosa de las meninges. La acción flogística de la sangre estancada es tan intensa, que en la vénulas rápidamente aparece una flebitis que comprime e irrita a los filetes nerviosos contenidos en su pared.

Los centros simpáticos que gobiernan la actividad vascular son muy sensibles a los trastornos de irrigación y la supresión de la misma, provoca una intensa actividad espontánea de los mismos, seguida de muerte, como se ha visto por la supresión brusca del aflujo sanguíneo a los ganglios de la cadena simpática. (Eccles, Obrador y Odoriz).

Todos los elementos constituyentes de la neurona son capaces de generar impulsos anormales en cantidad o frecuencia si tienen trastornada su irrigación.

Así el receptor periférico genera y transmite impulsos anormales en tales casos.

La fibra nerviosa tiene un metabolismo de reposo y dinámico (Hill, Gerard) y por anemia o estasis sufre su nutrición, apareciendo cambios en el pH. del medio que la baña.

Lehmann, (1937). ha puesto en evidencia, usando nervios de gato "in vitro" en cámaras especiales, como es posible variar la configuración del electroneurograma modificando el pH. del medio nutricio del nervio y como es posible llegar con pH. alcalino elevado a provocar verdaderas salvas de impulsos espontáneos a lo largo del nervio.

La importancia de las variaciones del K., Na. y pH. han sido señaladas también por Tripton Hets y Boyd.

Además, el tejido nervioso tiene una gran facilidad para perder electrolisis, si el medio modifica sus constantes iónicas. (Marsh, Fenn, Cobb, Hegnauer).

En la tetania la vía sensitiva aferente está hiperexcitada y el dolor de las crisis cede a la inyección endovenosa de Ca.

Pareciera como que todos aquellos factores que regulan el tenor cálcio (paratiroides, p. ej.), rigen la excitabilidad centrípeta de los receptores y de las vías de conducción, (Lehmann, Achelis, Leriche). Los equilibrios suprarrenal y ovárico son de importancia.

Tournay, piensa que el aparato sensitivo es un autorregulador, para cada momento dado, de la agudeza de la capacidad de recepción de sus propias terminaciones periféricas y esta regulación se mediaría por el sistema autónomo.

El mecanismo íntimo estaría constituído por modificaciones bioquímicas al nivel de las terminaciones periféricas, según Draganesco y Kreindler.

La Cronaxia como un índice del Dolor

La cronaxia es uno de los índices de la excitabilidad muscular y nerviosa y como tal ha sido estudiada en las distintas sensaciones.

Utilizando la excitación eléctrica, Adrián, (1919), fué el primero en estudiar la cronaxia cutánea. Bourguignon, (1921), describe tres cronaxias cutáneas, correspondientes a las sensaciones táctiles (cronaxia de shock) dolorosa (cronaxia de hormigueo) y de calor (cronaxia térmica).

La primera tiene el mismo valor que la cronaxia muscular de dicha región y las otras son 5 y 10 veces mayores, respectivamente. que la primera.

Siendo la cronaxia un exponente de la excitabilidad del sistema nervioso, no debe extrañar que se modifique con los distintos factores que modifican la excitabilidad del mismo, así la resección del simpático, la excitación del parasimpático, el cloruro de calcio y el extracto paratiróideo, disminuyen la cronaxia sensitiva, en cambio la adrenalina, pilocarpina, colina, extracto tiroideo, insulina y extracto de lóbulo posterior de hipófisis, la aumentan (Garcin).

Hay gran paralelismo entre el estudio de las tres cronaxias sensitivas y las ondas fundamentales del electroneurograma típico de los nervios aferentes mixtos. Ambos medios exploradores atribuyen al mismo tipo de fibras, la conducción de los impulsos dolorígenos. Si hay una disminución global de la velocidad de conducción de las distintas fibras, el neurograma como las cronaxias la ponen de manifiesto.

Cuando una cronaxia aumenta, la velocidad de conducción del nervio está disminuída, manteniéndose el principio de que un centímetro de cada fibra es recorrido en un tiempo igual a su cronaxia (Lapicque, Bourguignon).

Walthard y Weber, sólo describen la cronaxia táctil y la dolorosa, siendo la segunda dos veces el valor aproximado de la primera.

Lewy y Graziar, han encontrado una alteración de la cronaxia sensitiva en el lado afecto de neuralgia facial, en relación al lado sano.

Cuando la presión de un punto de Valleix, es realmente dolorosa, la cronaxia sensitiva de shock (táctil) está reducida a la mitad y es un signo de dolor periférico. En cambio está aumentada en 10 veces o más, cuando el dolor es de origen central (Bourguignon).

El Dolor a distintos niveles del Neuroeje

No existe ninguna prueba directa que muestre que los impulsos delorígenos sean modificados al nivel de las células de los ganglios posteriores. Ranson, (1931), acepta que hay en todos los nervios y en todas las raíces posteriores numerosas fibras amielínicas, pero que no parecieran pertenecer al sistema simpático; estarían dispuestas más bien en la periferia de la raíz posterior, y conducirían (entre otros impulsos aferentes) a los dolorígenos.

En cambio Winkler y vaon Rynberk, creen que tal sistematización de distribución no existe, estando todos los tipos de fibras regularmente entremezclados.

El proceso dolorígeno puede generarse en la medula espinal, en el curso de los impulsos aferentes espontáneos, por irritación local (tóxica, mecánica, etc.) constituyendo el dolor cornicular (Sicard, Tinel), como ha sido probado experimentalmente por Dusser de Barenne, con el método de la estricninización local.

Diez, piensa que "la topoalagia tabética responde a una lesión irritativa de los cuernos posteriores de la medula" y tiene la convicción, de que en gran número de crisis gástricas tabéticas, debe aceptarse idéntica localización de los estímulos.

Los cordones laterales se muestran intensamente dolorosos ante cualquier estímulo mecánico, (Foerster) y la sección de los cordones posteriores provoca una hiperalgia por sección de las fibras que conducen los impulsos aferentes de localización fina (Foerster).

Las observaciones experimentales de Ferraro y Barrera, parecen no confirmar para el Macacus rhesus, lo observado por Foerster, desde que no encuentran trastornos de la sensibilidad dolorosa por lesión de las columnas posteriores. Por el momento no concederemos mucho valor a esta objeción, desde que la determinación del grado de percepción del dolor (no su presencia o ausencia) es muy difícil de experimentos en animales.

Aparte de las formaciones anatómicas distintas, que involucradas en el proceso irritativo darán una sintomatología acompañante característica y propia, el dolor de la región bulbo-protuberante se origina por el mismo proceso del dolor medular.

El síndrome talámico de Dejerine y Roussy, casi siempre es acompañada de dolores atroces contínuos, solo a veces se presenta en forma de crisis paroxísticas. La hiperpatía de Foerster, es un signo acompañante muy frecuente; en ella hay un umbral más elevado en el lado doloroso que en el sano para los estímulos dolorígenos. En la hiperalgesia sucede a la inversa. Estos dolores centrales se caracterizan por ir acompañados de sensación penosa y de hiperemotividad.

Este tipo de sensación dolorosa puede tener su origen en los transtornos periféricos de percepción de los impulsos aferentes ya analizados, pero puede aparecer por transtornos a cualquier nivel del neuroeje.

En el síndrome talámico es donde los dolores espontáneos y la hiperpatía son más terribles. Pero el dolor en sí, es del mismo tipo del que producen las lesiones de los núcleos grises a todo lo largo del sistema nervioso central. Estas sensaciones subjetivas asociadas son muy raras en el dolor supratalámico.

Los dolores espontáneos del síndrome talámico se acompañan en unos casos de hiperalgesia a los estímulos periféricos y en otros de hipo o analgesia. Estas diferencias podrían explicarse por el tipo de lesión que los condiciona: irritación de las vías aferentes dolorígenas o sección (anatómica o fisiológica) de las mismas, combinados siempre con una irritación (mecánica, química o humoral) a otro nivel (Frazier, Davison y Schick, Dusser de Barenne. Wilson).

Con respecto al dolor, la corteza es solamente un órgano analizador.

La excitación eléctrica de la circunvolución parietal superior produce parestesias que pueden ser bilaterales (Foerster).

Pareciera como que en la corteza y en el tálamo hay una representación bilateral del dolor (Dusser de Barenne). La excitación eléctrica de la parietal ascendente provoca dolor y parestesias en puntos periféricos circunscriptos, que varían con la zona excitada, según Foerster.

Con su método de la termocoagulación progresiva, Dusser de Barenne, ha podido demostrar que las capas corticales más extensas no intervienen en el proceso de la sensibilidad táctil, pero nada se conoce, desde el punto de vista eléctrico, sobre la capa o capas corticales en que se integra el proceso doloroso.

Las observaciones experimentales indicarían que nominalmente el área post-central (post-rolándica), es el centro cortical del dolor, pero que en caso de lesión de la misma, dichas funciones pueden ser desempeñadas por la área pre-central (pre-rolándica).

Esta suplecencia se vería reformada por la localización bilateral del dolor cortical, como lo hace presuponer la hiperalgesia bilateral (más intensa controlateral), que se presenta por la estricnización unilateral cortical, (Dusser de Barenne).

Las observaciones clínicas parecieran corroborar para el dolor esta localización cortical bilateral, (Vincent).

Podría decirse entonces, que la sensibilidad dolorosa de un lado está extensamente representada (o lo está en potencia) en la corteza de ambos hemisferios, más intensamente en el controlateral, (Riddoch y Critchley).

El papel integrativo de la corteza en las últimas etapas del proceso dolorígeno, es superior; la corteza localiza y discrimina intensidades en base a los impulsos aferentes tálamo-corticales. Toda irritación en la corteza o por debajo de la misma, que sea capaz de reproducir en tiempo y en espacio este tren de impulsos, será capaz de provocar dolores espontáneos, aunque hay que convenir en que esto no es lo habitual.

En algunos casos las lesiones corticales pueden dar síntomas muy parecidos a los del síndrome talámico y como lo mismo puede decirse de lesiones que asientan por debajo del tálamo. Sicard ha dicho que, estrictamente hablando, no hay una característica propia del dolor para cada nivel del sistema nervioso.

El dolor va siempre acompañado de una sensación desagradable, que en general varía de intensidad según sea el punto donde se generan los impulsos dolorígenos. Es más marcada en los dolores talámicos que en los corticales; nada se sabe, desde el punto de vista experimental, del proceso íntimo que la genera. Puede presentarse desprovista de dolor, como se ha visto en casos de secciones medulares incompletas (Head y Thompson).

REFERENCIAS

Achelis, J. D.: Die Physiologie der Schmerzen, Der Nervenartzt, 559, 1936.

Adrian, E. D.: The Mechanism of Nervous Action, 1932, Oxford Univ. Press, London.

Adrian, E. D.: J. Physiol., 72, 13, 1931.

Adrian, E. D.: J. Physiol., 83, 32 P., 1934.

Adrian, E. D., and Bronk, D. W.: J. Physiol., 71, 121, 1931.

Adrian, E. D., and Lucas, K.: J. Physiol., 44.68, 1912.

Ajuriaguerra, J.: La Douleur dans les Affections du Systeme Nerveux Central, 1937, G. Doin, Paris.

André-Thomas.: Les Moyens D'Exploration du Systeme Sympathique et Leur Valeur.—Revue Neurologique. Ip., 767, 928, 1926.

Baudouin, A.: Quelques Considerations sur la Neuralgie Faciale. Notes Pratiques D'Actualité Medicale, 1937.

Baudouin, A., et Deparis, M.: Données Nouvelles sur la Neuralgie Faciale. La Semaine des Hopitaux de Paris, 1935.

Barron, D. H., and Matthews, B. H. C.: J. Physiol., 85, 73, 1935.

Barron, D. H., and Matthews, B. H. C.: J. Physiol.. 85, 104, 1935.

Bayliss, W.: J. Phpsiol., 26, 173, 1901.

Bernstein, J.: Arch Anal. u. Physiol., 596. 1866.

Bishop, G. H.: Am. J. Physiol., 82, 462, 1927.

Bishop, G. H.: J. Cell. Comp. Physiol., 1, 371, 1932.

Bishop, G. H.: Am. J. Physiol., 103, 213, 1933.
Bishop, G. H.: J. Cell. Comp. Physiol., 5, 51, 1934.
Bishop, G. H., and Heinbecker, P.: Am. J. Physiol., 114, 1, 1935.
Bishop, G. H., and Heinbecker, P.: Proce. Soc. Exper. Bio. and Med., 32, 1,278, 1935.
Bishop, G. H., and Heinbecker, P., and O'Leary, J.: Am. J. Physiol., 105, 647, 1933.
Bishop, G. H., and Heinbecker, P., and O'Leary, J.: Am. J. Physiol., 108, 397, 1934.
Bohnen-Kamp, et Heuler.: Zur Pathologie der Schmerzes, Deutsche Zeitschrift fur Nervenheilkunde, 1926, 176, 1932.
Borutteau, H.: Pfluger's Archiv. 90, 233, 1902.
Brouwer, B.: Brain, 49, 1, 1926.
Brown, and Melville Arnott.: Brit. Med. J., 1937.
Caton, R.: Brit. Med. J., 2, 278, 1875.
Caton, R.: Zbl. Physiol., 41, 786, 1890.
Crouzon et Christophe.: Alterations Pathologiques du Sens de la Douleur, VII Congres des Accidents et Maladies du Travail, 1935, Bruxelles.
Dale, H. H.: Brit. Med. J., 1835, 1934.
Dale, H. H.: J. Physiol., 81, 39P., 1934b.
Dale, H. H.: Proc. Roy. Soc. Med., 28, 319, 1935a.
Dale, H. H., and Felberg, N.: J. Physiol., 81, 329, 1934a.
Dale, H. H., and Gaddum, J. H.: J. Physiol., 70, 109, 1930.
Dale, H. H., and Vogt, M.: J. Physiol., 86,353, 1936.
Douglas, T. C., Davenport, H. A., Heinbecker, P. and Bishop G. H.: Am. J. Physiol., 110, 165, 1934.
Ducceschi, V.: Gli organi della Sensibilita Cutanea nei Marsupiali. Estrato Dell'Archivio di Fisiologia, VII, 1909.
Ducceschi, V.: Trab. del Lab. de Fisiol. Univ. Nac. Córdova, Serie 2a, 1, 142, 1910.
Ducceschi, V.: Osservazioni Anatomiche e Fisiologiche sopra gli Apparati Sensitivi della Cute Umana. Estrato Dell'Archivio di Fisiologia, Fasc. IV, 191.
Ducceschi, V.: Trab. del Lab. Fisiol. Univ. Nac. Córdova, Serie 3a, II, 1915.
Ducceschi, V.: Sensibil. Cutanea y Sentido Muscular. Extracto de la Rev. Soc. Med. Arg., 20, 225.
Dusser de Barenne, J. G.: Physiol. Rev., 13, 325, 1933.
Dusser de Barenne, J. G.: Z. Neur., 147, 280, 1934.
Dusser de Barenne, J. G.: Brain, 57, 517, 1934.
Eccles, J. C.: Proc. Roy. Soc. B., 107, 557, 1931.
Eccles, J. C.: J. Physiol., 80, 23P., 1933.
Eccles, J. C.: J. Physiol., 81, 8p., 1934a.

Eccles, J. C.: J. Physiol., 84, 50P., 1935a.
Eccles, J. C.: J. Physiol., 85, 179, 1935b.
Eccles, J. C.: J. Physiol., 85, 207, 1935c.
Eccles, J. C.: J. Physiol., 85, 464, 1935d.
Eccles, J. C.: J. Physiol., 85, 32P., 1935e.
Eccles, J. C.: J. Physiol., 88, 1, 1936a.
Eccles, J. C.: J. Physiol., 87, 8p., 1936b.
Erlanger, J.: Harvey Lectures, 22, 90, 1927.
Erlanger, J.: Am. J. Physiol., 82, 644, 1927.
Erlanger, J., Bishop, G. H., and Gasser, H. S.: Am. J. Physiol., 72, 197, 1925.
Erlanger, J.: and Blair, E. A.: Am. J. Physiol., 101, 559, 1932.
Feldberg, W., and Gaddum, J. H.: J. Physiol., 81, 305, 1934.
Feldberg, W., and Vartiainen, A.: J. Physiol., 83, 103, 1941b.
Foerster, O.: Die Leitungsbahnen des Schmerzgefühls, 1927, Urban und Schwarzenberg, Berlin.
Foerster, O.: Der Schmerz und Seine Operative Bekampfung, Nova Acta Leopoldina, Band 3, 10, 1935.
Foerster, O., und Altenburger, H.: Verh. ges. Deuts. Nervenaertze, 1934, Munchen.
Foerster, O., und Altenburger, H.: Dtsch. Z. Nervenheilk., 135, 277, 1935.
Fofanow, L. L., and Tschalussow, M. A.: Pfluger's Arch., 151, 53, 1913.
Forbes, A.: The Mechanism of Reaction, 1934, Clark Univ. Press Worcester, Mass.
Forbes, A., Davies, H., and Lambert, E.: Am. J. Physiol., 95, 142, 1930.
Frazier et Rowe.: The Origin and Mechanism of Paroxysmal Neuralgic Pain, and the Surgical Treatment of Central Pain, Brain, 60, 44, 1937.
Garten, S.: Beitrage Zur Phys. des Marklosen Nerven, 1903, Iena.
Garten, S.: Pflueger's Archiv., 136, 545, 1910.
Garten, S.: Wintersteins Handbuch der Vergleichenden Physiologie, 3, 105, 1910.
Gasser, H. S.: Conduction in nerves in relation to fiber types, In, sensation: its mechanisms and disturbances, 1935, The Williams and Wilkins, Baltimore.
Gasser, H. S.: Am. J. Physiol., 121, 193, 1938.
Gasser, H. S., and Erlanger, J.: Am. J. Physiol., 59, 473, 1922.
Gasser, H. S., and Erlanger, J.: Am. J. Physiol., 62, 496, 1922.
Gasser, H. S., and Erlanger, J.: Am. J. Physiol., 63, 417, 1923.
Gasser, H. S., and Erlanger, J.: Am. J. Physiol., 80, 522, 1926.
Gasser, H. S., and Erlanger, J.: Am. J. Physiol., 94, 247, 1930.
Gasser, H. S., and Erlanger, J.: The Eldridge Johnson Foundation Lectures, 1937, New York.
Gasser, H. S., and Graham, H. T.: Am. J. Physiol., 103, 303, 1933.

Gasser, H. S., and Odoriz, J. B.: in Gasser's Harvey Lectures, 1936-37, New York.
Goldscheidre.: Das Schmerzproblem, 1920, Springer, Berlin.
Graham, H. T.: Am. J. Physiol., 104, 216, 1933.
Graham, H. T.: Am. J. Physiol., 111, 452, 1935.
Granit, R., J. Physiol., 77, 207, 1933.
Granit, R., and Riddell, A.: J. Physiol., 81, 1, 1934.
Granit, R., and Therman, P. O.: J. Physiol., 83, 357, 1935.
Head, H.: Brain, 28, 99, 1905.
Head, H.: Studies in Neurology, 1920, Londres.
Head, H., and Holmes, G., in Head: Studies in Neurol. Sensory Disturbances from Cerebral Lesions.
Heinbecker, P.: Am. J. Physiol., 89, 58, 1929.
Heinbecker, P., and O'Leary, J.: Am. J. Physiol., 106, 623, 1933.
Heinbecker, P., Bishop, G. H.: The Mechanism of Painful Sensations. In Sensation: its Mechanisms and Disturbances, 1935, Williams and Wilkins, Baltimore.
Heinbecker, P., Bishop, G. H., and O'Leary, J.: Arch. Neur. Psych., 29, 771, 1933.
Hughes, J., and Gasser, H. S.: Am. J. Physiol., 108, 295, 1934a.
Hughes, J., and Gasser, H. S.: Am. J. Physiol., 108, 307, 1934b.
Kato, G.: The Microphysiology of nerve, 1934, Maruzen, Tokio.
Kubie, L. S. Brain, 53, 166, 1930.
Langley, J. N.: Phil. Trans. Roy. Soc., 183, 114, 1892.
Leriche, R.: La Chirurgie de la Douleur, 1937, Masson, Paris.
Lillie, R. S.: Physiol. Rev., 2, 1922.
Lorente de Nó, R.: Am. J. Physiol., 111, 272, 1935.
Lorente de Nó, R.: Am. J. Physiol., 111, 283, 1935.
Lorente de Nó, R.: Am. J. Physiol., 112, 575, 1935.
Lorente de Nó, R.: Am. J. Physiol., 11e, 505, 1935.
Lorente de Nó, R.: Am. J. Physiol., 113, 524, 1935.
Lucas, K.: The Conduction of Nervous Impulse, 1917, Longmans, Green, London.
Mollarrlt.: L'Interpretation du Fonctionnement du Systeme Nerveux par la Notion de Subordination, 1936, Masson, Paris.
Neuda.: Presse Medicale, 74, 104, 1923.
Odoriz, J. B.: Estimulador a Thyratrones. Tesis, 1937, Kraft, Buenos Aires.
Odoriz, J. B., and Obrador, S.: J. Physiol., 86, 269, 1935.
O'Leary, J., Heinbecker, P., and Bishop, G. H.: Am. J. Physiol., 110, 636, 1935.
Pieron, H.: Le Toucher. Trait de Physiologie Normale et Pathologique de Roger et Binet, 10, fasc. 2.
Ranson, S. W. and Hinsey, J. C.: Am. J. Physiol., 94, 471, 1930.

Ranson, S. W., and Ingram, W. R.: Proc. Soc. Expert. Biol. a. Med., 32, 1939, 1935.

Rijlant, P.: Arch. Internat. Physiol., 44, 351, 1937.

Salmon, A.: Sur le Mecanisme des Douleurs Ischemiques. L'Encephale, 4, 1928.

Sherrington, C. S.: Phil. Tr. London. 184, 641, 1894.

Sherrington, C. S.: The Integrative Action of Nervous System, Yale Univ. Press, New Haven.

Speidel, C. C.: Arch. f. Exp. Zellforsch. 15, 328, 1934.

Tilney, F., and Riley, H. A.: The Form and Fonction of the Central Nervous System, 1923, Hoeber, New York.

Toennies. J. F.: Naturwiss., 20, 381, 1932.

Toennies, J. F.: Dtsch. Z. Nervenheilk, 130, 60, 1933a.

Toennies. J. F.: J. Physiol. u. Neur., 45, 154, 1933b.

Toennies, J. F.: Naturwiss., 22, 411, 1934b.

Toennies. J. F.: Dtsch. Z. Nervenheilk., 135, 268, 1935.

Toennies, J. F., und Kornmueller, A. E.: Dtsch. Z. Nervenheilk., 130, 1933.

Tournay, A.: L'Action regulatrice du sympathique sur la sensibilite. J. Psychologie Normale et Pathologique, 831, 1932.

Vogt, O.: Ber. ueb. d. 5 Kongr. f. exper. Psychologie, 247, 1912.

Vogt, O.: Forschgn. u. Fortschr., 4, 24, 1928.

Walter, W. G.: Lancet, 2, 305, 1936.

Walter, W. G.: Proc. Roy. Soc. Med., 30, 579, 1937.

Walter, W. G., Graham, S., and Golla, F. J. Ment. Sc., 83, 137, 1937.

Whitteridge, D.: J. Physiol., 89, 99, 1937.

Fisiopatología del Dolor

por el Prof. Dr. VICENTE DIMITRI

FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR

Por el Prof. Dr. Vicente Dimitri

Respondiendo al honor que nos ha hecho la Mesa Directiva al designarnos relatores de la Fisiopatología del Dolor, compartiremos la tarea de estudiar tema tan vasto con los distinguidos colegas que se ocuparán de la parte anatomo-fisiológica, psicológica, clínica, quirúrgica y también médico-legal. Ellos nos aclararán, seguramente más de un punto difícil o resolverán algunos problemas que a nosotros no nos sería fácil abordar. Nosotros por otra parte, además de hacer una revisión general sobre hechos y doctrinas fundados por algunos investigadores, aportaremos con algunos casos típicos de nuestra observación personal, casuística de carácter fragmentario y que en parte ha sido traída a colación y comentada en algunas publicaciones y congresos.

Al abordar la fisiopatología del dolor, necesariamente acude a nuestro recuerdo una serie de hechos anatómicos, fisiológicos, anátomo-clínicos y neuroquirúrgicos que fundaron sólidos principios sobre este asunto o que originaron a veces animadas discusiones. Una vista de conjunto, nos puede suministrar la lectura de las actas de las Reuniones Neurológicas Internacionales de París, 1937, (**Revue Neurologique**, t. 68 Nº 1) donde expusieron sus observaciones experimentadores, neurólogos y neurocirujanos. En los diferentes relatos se puede apreciar lo vasto que es el tema y el complicado mecanismo del dolor provocado por lesiones de distin-

ta naturaleza y en los más variados segmentos del sistema nervioso, algunas veces muy lejanos o de situaciones extremas.

Muy difícil es encauzar la orientación de las investigaciones sobre la naturaleza del dolor, pues considerado ante todo como un fenómeno de conciencia, es el psicólogo el que lo tiene que explicar, no perdiendo de vista los datos suministrados por histólogos, fisiólogos y por la experiencia anátomo-clínica.

De entrada se suele abordar el asunto desde dos puntos de vista: el **dolor fisiológico**, provocado por vía experimental, el que se estudia en el laboratorio al investigar la sensibilidad dolorosa provocada por un pinchazo, corte o quemadura y el **dolor-enfermedad**, manifestación anormal, que aparece espontáneamente en el enfermo y a raíz de una acción compresiva, irritativa, inflamatoria o toxi-infecciosa.

Se considera también el asunto, teniendo en cuenta el **elemento periférico** del dolor y el **elemento central.** El primero constituído por los estímulos que actúan sobre los aparatos de excitación para ser trasmitidos por los conductores a los centros. Este elemento ha sido tratado especialmente por los fisiólogos al estudiar el dolor cutáneo experimental, suministrando estas investigaciones datos muy objetivos. Los estudios de **Blix, Goldscheider y Donaldson** han determinado en la superficie cutánea un verdadero mosaico de puntos juxtapuestos y entremezclados, correspondientes al tacto o a la presión, al calor o al frío, dando siempre el mismo receptor igual respuesta sensitiva cualquiera que sea la excitación. Se determinó luego una cuarta categoría, los puntos dolorosos, cuya distinción con los puntos tactiles originó la célebre discusión entre **Goldscheider y von Frey,** sosteniendo este último, entre otras cosas, que los nervios específicos del dolor corresponden a los puntos específicos del mismo, lo que no admite Goldscheider. **Pieron** divide las sensaciones dolorsas en diferentes categorías, teniendo cada una de ellas trasmisores específicos de distinto espesor y con variada rapidez de conducción; trasmitiéndose las visceralgias, causalgias y el pinchazo de los vasos por las fibras amielínicas del simpático. **Bourguignon** sostiene la especificidad de las diferentes formas de la sensibilidad cutánea al nivel de la piel y de los

nervios, basado en sus estudios de la cronaxia que estaría en relación con el grosor de las fibras sensitivas; las fibras más finas trasmitirían las sensaciones de calor y quemadura, las más gruesas la sensibilidad tactil y las medianas la sensación de hormigueo y del dolor. Para **Leriche** es muy discutida la existencia de estas fibras y rechaza todas las conclusiones a que han llegado los anatomistas y fisiólogos, substituyendo la noción del dolor por una especie de "pandactilismo", aceptando en cambio la dualidad de la recepción cortical de la sensibilidad tactil, haciéndose ésta dolorosa, gracias a un segundo analizador cortical. La pregunta de los receptores histológicos específicos para el dolor la quiso resolver **Fœrster,** emprendiendo pacientes investigaciones con el histólogo **Bœke,** pero no llegando a conclusiones definitivas. **Nollard,** en cambio pretende haber localizado en la piel las diferentes terminaciones nerviosas correspondientes al dolor al tacto y al frío.

De los importantes relatos expuestos en la Reunión Neurológica Internacional de París de 1937, es de recomendar el de **Baudouin** y **Schaffer,** sobre la fisiopatología del dolor. Después de analizar los diferentes trabajos sobre el dolor cutáneo experimental, reconocen estos autores que en un buen número de procesos dolorosos espontáneos, entra en acción un aparato de excitación muy análogo a los receptores cutáneos, admitiendo que hay otros casos en que no interviene ese mecanismo por estar afectada otra vía de la conducción nerviosa (nervio periférico, raíces, conductores interneuraxiles). Saliendo ya del terreno experimental, eligen **Baudouin** y **Schaffer,** tres entidades clínicas tratando de explicar su patogenia: la neuralgia facial, los dolores de los amputados y los dolores viscerales. Nada más variado en realidad, que estos tres tipos de dolores en cuanto a su aspecto clínico y caracteres esenciales, siendo desconcertante la diversidad de argumentos surgidos para explicar su mecanismo, sosteniéndose para el tic doloroso una perturbación funcional, cuando nó una lesión talámica; para los muñones dolorosos la existencia constante de un neuroglioma de regeneración y por último para las visceralgias el mecanismo de los "estímulos adecuados" que por vía simpática se trasmiten a la medula, pudiendo en algunos casos de lesión visceral

repercutir el dolor al nivel de los tegumentos (reflejo víscerosensitivo de **Mackenzie**, o repercusión víscero-sensativa de **Thomas**).

Las vías de conducción del dolor a través de los nervios periféricos, fué objeto de pacientes estudios, especialmente por **Ranson**, que quiso relacionar la distribución anatómica de las fibras con el estudio psicofisiológico de las sensaciones, encontrando una cantidad de fibras amielínicas en los nervios y raíces que no eran de origen simpático, desvirtuando los estudios de **Ingbert**, que asignaba valor solamente a las fibras de mielina.

Los métodos electro-fisiológicos ideados por **Adrian** y basados sobre las corrientes de acción que llevan a los centros "mensajes sensoriales", dieron lugar a una serie de estudios de **Gasser** y **Erlanger**, **Heinbecker** y **Bishop**, que podrán resolver tal vez la controversia **Goldscheider-von Frey**. De los estudios de **Adrian**, se deduce que los influjos dolorosos se caracterizan por su débil amplitud y frecuencia.

En cuanto a la fisiopatología del dolor ocasionado por lesiones medulares, debemos referirnos ante todo, a los fundamentales estudios de **Fœrster**, sobre las vías medulares, hechos especialmente a propósito de la cordotomía antidolorosa. Nos remitimos sobre este punto al relato correspondiente sobre la fisiología del dolor.

De acuerdo con la distribución de las vías sensitivas intramedulares, de la entrada de las raíces posteriores y sus relaciones con el cuerno posterior y de las envolturas de la medula, se explica el mecanismo del dolor provocado por lesiones cornu-radiculares **(Fœrster)**, cordonales (cordón ántero-lateral y cordones posteriores), síndrome de **Browm Séquard**, heridas y traumatismos de la medula, tumores intramedulares, siringomielia, esclerosis en placas y esclerosis combinada. La parte anátomo-clínica de estos dolores en las afecciones orgánicas del sistema nervioso central, ha sido estudiada por **Gearcin**, en las mismas reuniones aludidas de París (1937). Este autor estudió los caracteres generales de los dolores bulbo-protuberanciales, su topografía y evolución, así como las algias faciales de la siringobulbia, las trigeminales de las esclerosis en placas, las relaciones de las algias bulbo-protuberancia-

les con las perturbaciones de la sensibilidad objetiva y las perturbaciones simpáticas asociadas.

Expondremos a continuación, en forma sucinta, una observación anátomo-clínica propia que tuvimos ocasión de publicar en el Nº 2.—Vol. VII de los Archivos Argentinos de Neurología, con el título de **Hemiplejia Dolorosa y Hemianalgesia por Lesión de la Protuberancia Asociadas a un Proceso Tabético.** Este caso fué comentado ampliamente por **Garcin,** en la Reunión Neurológica Internacional.

Primera Observación Anátoma-Clínica

Se trataba de un polaco de 40 años, observado en nuestro Servicio de Neurología del Hospital Alvear en octubre de 1930. Ya algunos años antes de su hemiplejia dolorosa, instalada bruscamente, sentía el enfermo dolores de carácter fulgurante, perturbaciones oculares y de los esfínteres. Algunas semanas después de su ataque, los trastornos motores fueron en regresión, iniciándose una serie de perturbaciones subjetivas de la sensibilidad en la cara y en la mitad derecha del cuerpo. En las primeras semanas tuvo hiperestesias muy desagradables en la mitad izquierda de la cara, constituyendo verdaderas neuralgias, al cesar éstas, se instalaron los dolores en la mitad derecha y que perduraron durante todo el desarrollo de la enfermedad. Los dolores eran contínuos, comparándolos el enfermo a un ardor acompañado con una sensación de compresión como si le apretaran con tenazas el pómulo derecho; se extendían además, al cuello, abdómen, brazo y pierna con limitación bien precisa en la línea media.

Al examen llamaba la atención el signo de Arguill-Robertson, la ptosis del párpado, la abolición de los reflejos tendinosos y el Babinski del lado derecho. Disminución de las fuerzas del lado derecho con ligera ataxia. Sensibilidad dolorosa y térmica abolida en toda la mitad derecha del cuerpo, inclusive el segmento cefálico, (cara y cuero cabelludo).

Abolición de la sensibilidad al diapasón en la pierna derecha.

Agregando a esto los datos de laboratorio, hicimos el diagnóstico de **Síndrome talámico en un tabético**.

El estudio histopatológico nos demostró integridad de la corteza y de la región talámica, degeneración de los cordones posteriores, degeneración parcial del haz piramidal cruzado derecho, siendo interesante sobre todo, las lesiones encontradas al nivel de la parte media de la protuberancia: en su mitad izquierda y a la salida del trigémino se vió un gran foco de reblandecimiento **(Figura 1)**, afectando la calota, la cinta de Reil, la pirámide y las fibras, transversales del puente, viéndose particularmente la zona desmielinizada y esclerosa al nivel del haz central de la calota (tractus tálamo-olivar), de las fibras espino-talámicas y substancia reticulada gris de la calota. Estas lesiones fueron estudiadas en una serie de cortes al Weigert. La naturaleza de la lesión, de orden necrótico, fué demostrada por el estado de las túnicas del tronco basilar enormemente engrosadas, estando el vaso en ciertos puntos canalizado.

La interpretación de este caso nos fué fácil, teniendo en cuenta las vías espino-talámicas de la formación reticulada grís por donde pasan exclusivamente los estímulos de las sensibilidad térmica y dolorosa, y por otra parte recordando la semejanza con los casos descritos por **Wallenberg**, **Goldscheider**, **Babinski**, **Spiller**, **Horsley** y **Holmes** y ante todo el caso de **Mann**, de una hemialgia intensa por un foco de reblandecimiento de la calota bulbar. La fisiopatología de este dolor tan intenso, a forma hemipléjica, la explicamos de acuerdo a la idea de **Foix** y **Mme. Nicolesco**, derivadas de las observaciones de **Sicard**. Estas algias son producidas por lesión de las conexiones celulares de la sensibilidad ("relais cellulaires") llamándolas algias de origen central y de naturaleza o tipo celular. Estos autores hacen notar la marcada analogía que pueden tener las algias por lesiones bulbo-protuberanciales con las de origen talámico; no es de estrañar entonces que en nuestro caso hayamos hecho este último diagnóstico.

Otras observaciones anátomo-clínicas establecen que, en las lesiones destructivas de las vías y centros intercalares (etapas o **relais)**, las excitaciones doloríficas, originan por un lado la sus-

pensión de la sensibilidad dolorosa en el territorio correspondiente a la vía destruída, (como en nuestro caso) y por otro lado una repercusión paradojal sobre esa misma sensibilidad dolorosa en forma de hiperpatía. Para **Lhermitte,** estos casos se interpretan como una falta de integraciones bulbo-protuberanciales; el influjo sensitivo incompletamente integrado se expande en la corteza sensible haciéndola vibrar de una manera inadecuada.

A propósito del dolor talámico, también dedica **Garcin,** un extenso relato completado por **Riddoch** y **Kritchley,** sobre la fisiopatología del dolor de origen central. En este trabajo los autores ingleses exponen los principios de **Head,** sobre la calidad afectiva cuando el influjo penetra en el segundo neurón sensitivo las respuestas motrices como reacción al dolor, el aspecto somático y autónomo y la exageración o caricatura de la reacción al dolor con la finalidad de protegerse. Un trabajo importante sobre las afecciones talámicas, es el de **Schuster,** en el que hace el estudio anátomo-clínico de 26 casos; por último, la importante monografía de **Ajuriaguerra,** sobre el dolor en la afecciones del sistema nervioso central.

Relataremos a continuación un caso de nuestra observación personal, bastante complejo por sus manifestaciones convulsivas, pero típico en lo que se refiere al dolor intenso a forma hemipléjica por lesión estrictamente localizada en el tálamo.

Segunda Observación Anátomo-Clínica

Se trataba del enfermo Humberto U., de 50 años, italiano, de oficio pintor, con intoxicación saturnina y antecedentes específicos. En 1916, hace un ictus precedido de cefaleas intensas, quedando luego una hemiplejia izquierda. Recién al año de producida la hemiplejia comenzó a tener dolores intensos y constantes en todo el lado izquierdo, iniciándose por otra parte una serie de movimientos convulsivos, despertados por vía refleja, lo que motivó nuestra primera publicación en la **Prensa Médica Argentina,** en marzo de 1924, con el título de **Hiperkinesia refleja convulsiva en un Hemi-**

plÉjico. La forma más indicada para poner en evidencia estos raros fenómenos reflejos en toda su amplitud, era colocando al enfermo en decúbito dorsal y ambas piernas en extensión; investigando el reflejo plantar, inmediatamente se desencadenaba en forma verdaderamente brutal, la serie de convulsiones tónicas, aumentando rápidamente de amplitud para sostenerse medio minuto y decrecer en forma gradual no perdiendo nunca su carácter tónico. Cuando la excitación era algo más fuerte, la convulsión se trasmitía a la otra pierna haciéndose en forma alterada y rítmica, recordando ciertas fenómenos de automatismo medular. Muchos otros detalles de las convulsiones se pueden observar en la cinta cinematográfica adjunta, **(Figura 3).** A este enfermo hemos tenido ocasión de observarlo durante 20 años, internado en nuestro Servicio del Hospital Alvear, donde terminó con un segundo ictus. Ya en nuestra primera publicación hicimos el dignóstico de síndrome talámico, por los intensos dolores, atribuyendo los fenómenos de hiperkinesia refleja a posibles lesiones de los núcleos optoestriados, como fueron los casos estudiados por **Claude,** en **"L'Encephale"** de 1910. También en estos casos se producirían las hiperkinesias golpeando el tendón o el músculo del miembro paralizado, o bien tocando la piel del mismo, lo que originaba movimientos muy intensos que el mismo **Claude** los clasificó como "brutales". Las lesiones encefálicas más importantes que hemos hallado, fueron al nivel del tálamo derecho y consistían en un gran foco de reblandecimiento producido por el estado ateromatoso avanzado de las arterias. Este foco necrótico correspondía al territorio de la arteria tálamo-geniculada, que de acuerdo con los autores de la escuela francesa son los más frecuentes y productores del síndrome típico de **Dejerine** y **Roussy.** Como se puede ver en un corte al **Weigert** pirámido capsular **(Figura 2),** el foco ha lesionado el núcleo lateral del tálamo, especialmente en su parte inferior y externa y en el límite del segmento posterior de la cápsula interna, afectando también muchas fibras de esta formación y algunas provenientes del núcleo lenticular. Las radiaciones talámicas del núcleo anterior y porción superior del externo existían, no así las de los dos tercios inferiores del núcleo externo correspondientes a la radiación talámico-córti-

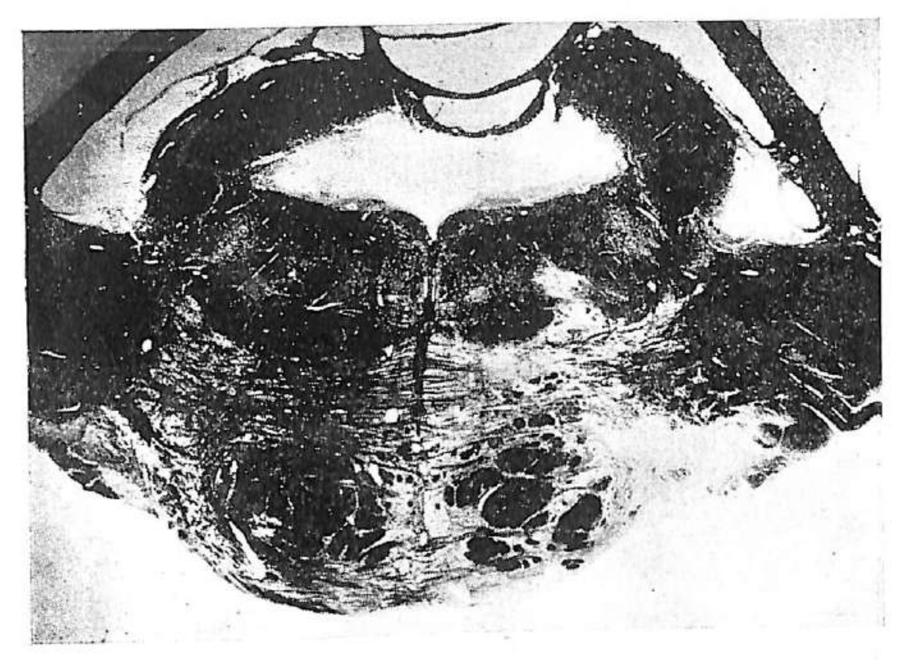


Fig. 1



Fig. 2

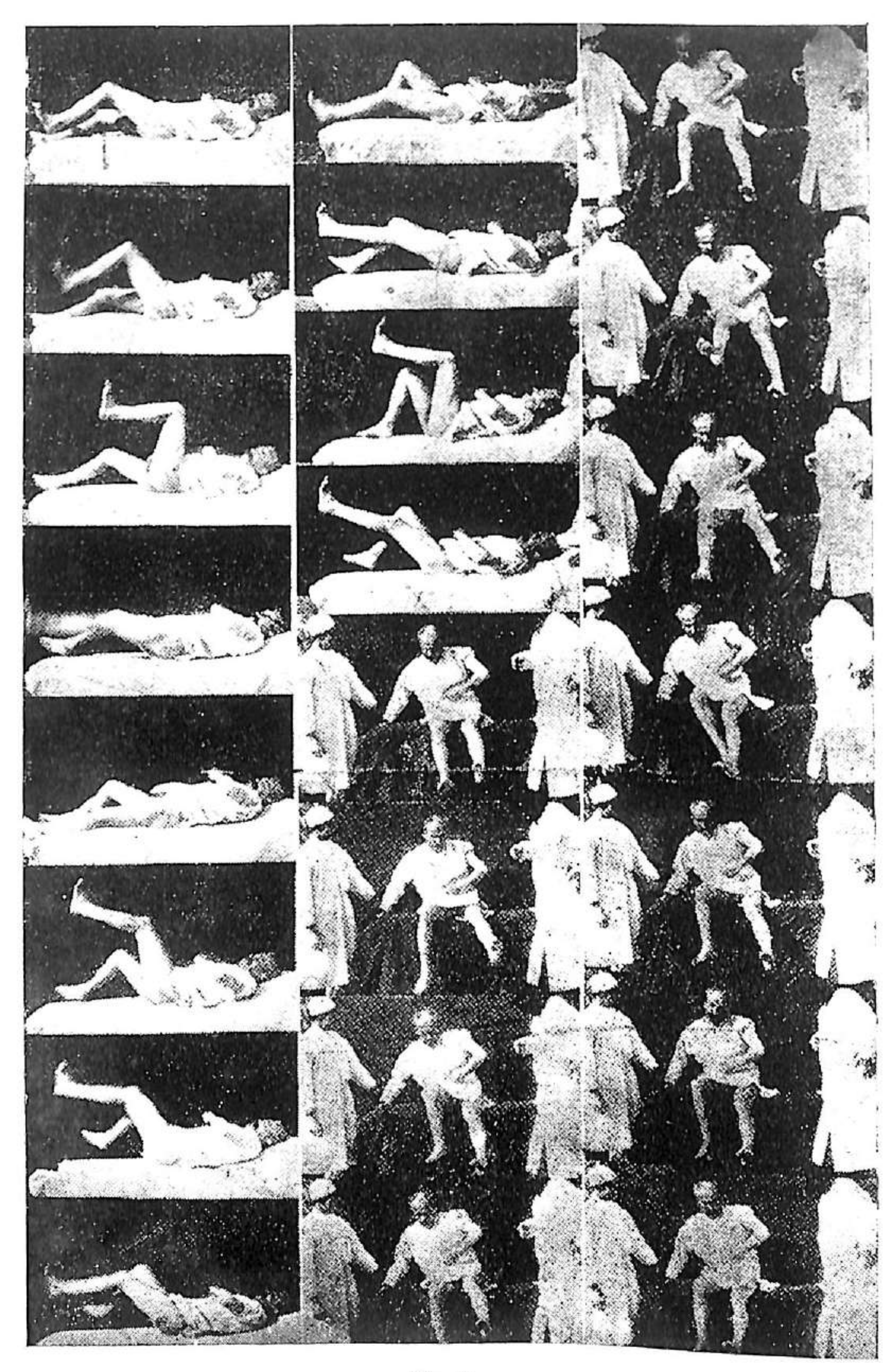


Fig. 3

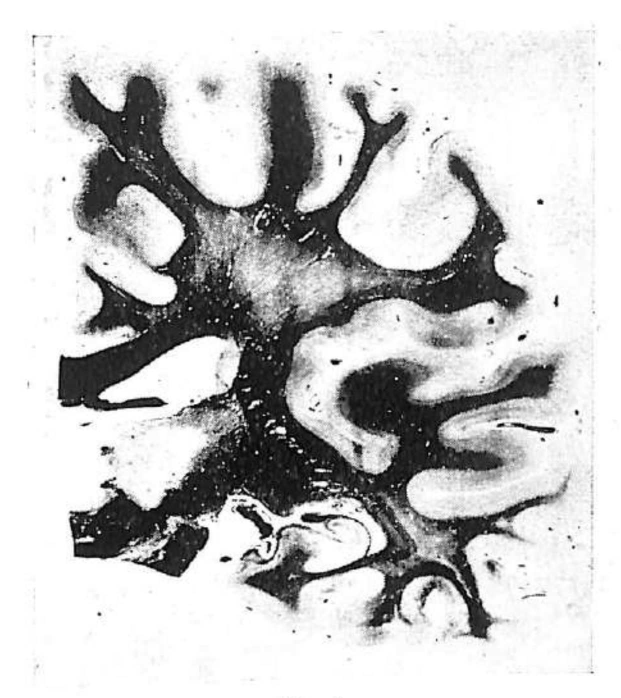


Fig. 4



Fig. 5

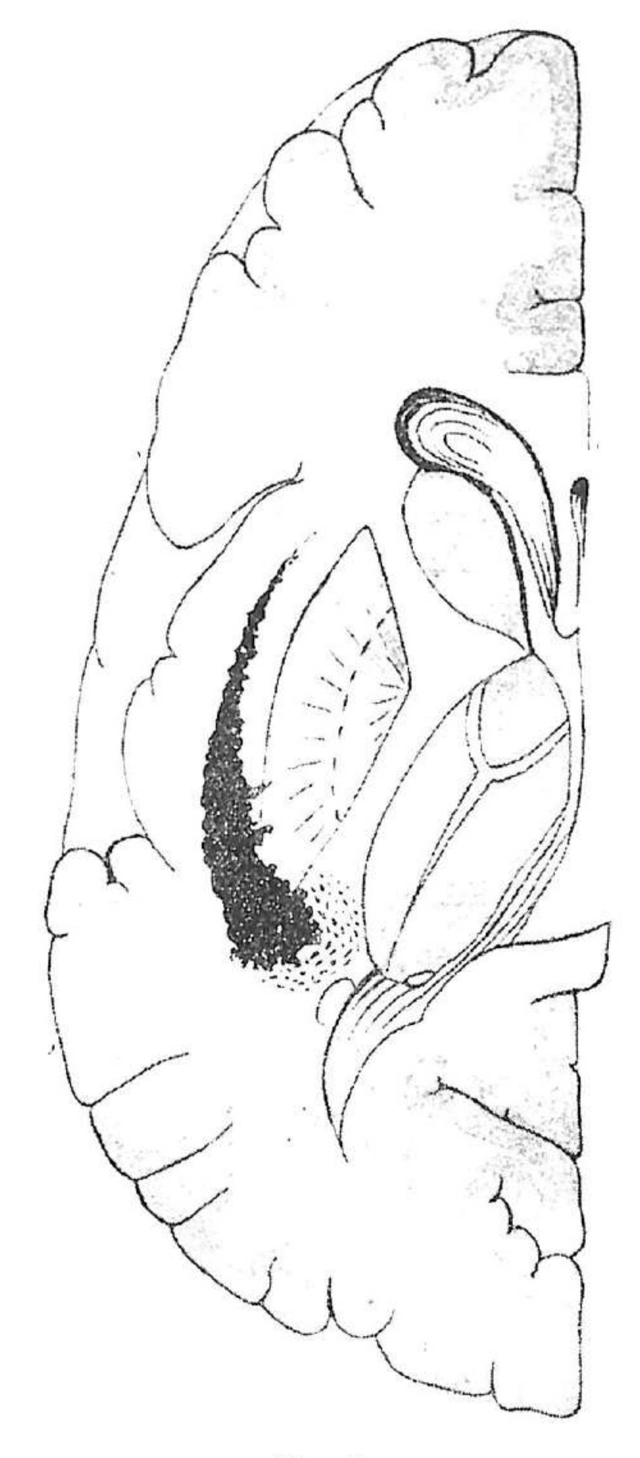


Fig. 6

co-parietal. En un segundo corte de la región retro-lenticular se puede ver el mismo foco de la figura anterior, invadiendo el pulvinar **(Figura 4)**. En la cabeza del núcleo caudado y en el núcleo lenticular, se encontraron pequeños focos necróticos diseminados. Al nivel del bulbo y de la protuberancia se observó el adelgazamiento de la pirámide del lado derecho.

Estos casos, que podríamos llamar sensitivo-motores, se prestan para aplicar las diferentes teorías fisiopatológicas sobre el dolor de origen central, particularmente talámico, la influencia inhibidora cortical y los movimientos anormales desencadenados en forma convulsiva, que recuerda por otra parte, los reflejos de defensa.

Los intensos dolores a distribución hemipléjica que tenía nuestro enfermo, se podrían explicar por la teoría de la liberación o falta del poder inhibidor cortical, puesto que justamente las radiaciones tálamo-parietales estaban afectadas. Es muy posible que la retracción esclerosa del foco talámico haya producido una excitación de las vías doloríficas liberadas del influjo cortical. Esta última hipótesis estaría justificada, puesto que el enfermo comenzó a tener dolores recién al año de producirse el ictus.

Muy curiosos eran los trastornos motores convulsivos de tipo extrapiramidal por el predominio en las partes proximales de ambos miembros del lado izquierdo, provocadas por el menor roce cutáneo en todo ese lado, que además de ser doloroso espontáneamente, ofrecía una hiperestesia traducida por movimientos automáticos de defensa como si se soltara un resorte, produciéndose luego el agotamiento del sistema tálamo-estriado, hasta que una nueva carga de estímulo se tradujera por otra serie de convulsiones desencadenadas siempre por un estímulo periférico de acuerdo con el principio del "todo o nada". Estos estímulos hiperestésicos retenidos en el tálamo y derivados bruscamente a las formaciones estrío-palidales sustraídas al control cortical, crearía en este caso un nuevo reflejo patológico entre el tálamo y el pálido, de acuerdo con las ideas de **Fœrster**, que establece un simil entre estas formaciones y las astas posteriores y anteriores de la medula vinculadas por reflejos. Por otra parte, esto tendría alguna analogía con la

teoría de la convergencia fundada por **Sherrington** y basada en que las excitaciones dolorosas traídas por las vías aferentes en la sustancia gris de la medula, tiene su unión sináptica con las fibras motoras eferentes y debido a esta convergencia se producirían los movimientos defensivos. En el caso de nuestra lesión talámica, el mismo principio se podría aplicar en una zona gris amplificada, como es el caso del tálamo con su abundante sistema de neurones; en este caso el estímulo tactil desagradable proveniente de la vía espino-talámica, liberando del control cortical, busca su paso transináptico para llegar al estriado y desatar la serie de movimientos anormales.

En uno de los casos de **Schuster** (caso Lehmann), de síndrome talámico por lesión del territorio de la rama tálamo-geniculada, como en el caso nuestro, se producía el mismo fenómeno de movimientos involuntarios al menor estímulo sensitivo, pero localizados en la mano. **Schuster,** le asigna a estos movimientos, reflejos anormales, un gran significado fisiopatológico y cree que se trata de una especie de liberación refleja de un "corto-circuito" producido por el aflujo de las más pequeñas excitaciones en el tálamo, con una brusca derivación hacia la zona motora.

Sobre los dolores de origen cortical se ha discutido mucho; se han descrito casos de epilepsia Jacksoniana, **(Foerster, Souques, Guillain),** no pudiendo atribuirse a la corteza las manifestaciones dolorosas que anteceden o acompañan a las convulsiones, puesto que podrían estar ligadas a las radiaciones talámicas. Se consigna en la bibliografía casos de tumores córtico-subcorticales con dolores contínuos de tipo central y lesiones vasculares corticales, con integridad absoluta del tálamo y con un síndrome muy parecido al talámico, (casos de **Guillain** y **Bertrand, Davison** y **Schick, Schuster, Lhermitte** y **Ajuriaguerra).**

A continuación recordaremos nuestro caso estudiado con Balado, con dolores intensos de tipo talámico y con una lesión vascular en el pedículo tálamo-córtico-parietal. Este caso, motivo de una intervención quirúrgica, que fué una demostrativa experiencia de fisiología, apareció publicado en los Archivos Argentinos de

Neurología en 1933, como "Contribución Anátomo-Clínica y Quirúrgica a la Vía y Receptores Centrales del Dolor".

Tercera Observación Anátomo-Clínica

Se trataba del enfermo Justo Flores, de 55 años, internado en el Hospital Alvear en 1931 y luego en el Instituto de Clínica Quirúrgica, donde fué internado por el Dr. Bañado. Su enfermedad había comenzado en 1929, a raíz de un ictus seguido de hemiplejía derecha, iniciándose como en nuestro caso anterior, un dolor constante e intenso en toda la mitad derecha del cuerpo e inclusive la cara, recién al año del ictus. Los dolores eran intensísimos, constantes, ardorosos, recordando a las causalgias. El enfermo estaba en un quejido contínuo y pedía cualquier remedio para su alivio. La sensibilidad tactil, térmica y dolorosa estaba bastante embotada. Nuestro diagnóstico fué de Síndrome Talámico, por un foco en la parte inferior del núcleo externo del tálamo izquierdo.

En una primera intervención se procedió a extirpar una porción de la corteza parietal correspondiente a la central posterior, para eliminar los influjos talámicos aferentes de la sensibilidad dolorosa. Con el electrodo negativo de electro-coagulación se extirpó la central posterior y gran parte de la primera y segunda parietal. Repuesto el enfermo de una afasia post-operatoria y de la hemiplejia que se había acentuado, siguió lo mismo que antes con sus dolores intensos en todo el lado derecho. En una segunda intervención, practicada 50 días después de la primera, se procedió a una trepanación sobre el lado izquierda vecino a la línea media, con el objeto de alcanzar el cuerpo calloso, llegando a esta formación a través de la cisura interhemisférica; después de la incisión del cuerpo calloso, se comprobó que se había herido también el núcleo anterior del tálamo derecho. Aún después de esta segunda intervención, persistieron los dolores, falleciendo el enfermo de una inundación ventricular.

En una serie de cortes del hemisferio izquierdo coloreados al Weigert y al Nissl, se ha podido seguir el foco encéfalomalácico

causante del síndrome clínico **(Figura 5)**, que se extendía a lo largo de la cápsula externa, en plena zona insular, iniciándose en la parte anterior de la ínsula para dirigirse hacia atrás, agrandándose poco a poco el foco, hasta formar una cavidad y destruir el segmento posterior del núcleo lenticular; ya en su porción posterior, la lesión invadía el segmento posterior de la cápsula interna y el pie de las radiaciones tálamo-corticales sin llegar a invadir el tálamo (ver esquema de la **Fig. 6**). El dolor intenso y persistente de nuestra observación lo explicamos por una posible irritación de las fibras tálamo-corticales vecinas, las que han quedado desconectadas del tálamo por el mismo proceso encéfalomaláeico. La experiencia fisiológica de nuestro caso, nos demuestra la persistencia de los dolores de origen supratalámico después de la extirpación del lóbulo parietal, lo que no niega la existencia de centros corticales diseminados, pero sí confirma el centro talámico del dolor.

A propósito de este caso, intervenido por el Dr. Balado, recordemos que lesiones neoplásicas o vasculares destructivas de la región sensitiva de la corteza o de sus irradiaciones al tálamo, pueden producir dolores intensos simulando el síndrome talámico, con la misma tonalidad afectiva; así como también, que lesiones talámicas suelen originar perturbaciones de la sensibilidad y síndromes sensitivos parecidos a los corticales.

En lo referente a las lesiones subcorticales causantes de dolores, ya **Souques** en 1910, hacía notar la posibilidad, a propósito de una observación de **Roussy** y **Foix**, repitiéndose luego otros casos como los de **Lhermitte** y **Ajuriaguerra.** En muchos de estos casos y en los dos nuestros, se puede aplicar la teoría de la liberación de **Head,** por falta de inhibición cortical. **Sager,** basado en los estudios de **Milch,** admite también este mecanismo, por la comprobación de las fibras córtico-talámicas, pero sostiene que es indispensable una lesión del núcleo lateral para originar los dolores; como lo hemos hallado en nuestra segunda observación (caso Humberto).

Las relaciones del dolor con el sistema simpático es un asunto que se encuentra aún hoy en plena discusión. Nos remitimos a los relatores de la parte fisiológica y neuro-quirúrgica en lo refe-

rente al respecto. Nosotros en un caso de síndrome talámico hemos podido comprobar, además de los dolores intensos del brazo izquierdo sobrevenidos bruscamente, gran edema, cianosis, frialdad del miembro afectado, lo que prueba que los elementos del simpático se encuentran a esa altura íntimamente mezclados con las vías o sistema espinotalámico. En este enfermo al cabo de algunas semanas, los dolores y las alteraciones tróficas fueron en regresión, apareciendo un año después gran disartria, trastornos pupilares y déficit mental con alteraciones del líquido céfalo-raquídeo, que impuso el diagnóstico de Parálisis General Progresiva. Se trataba probablemente, de un ictus congestivo de la región talámica precursor del cuadro paralítico.

Anticipándonos a los conocimientos definitivos de las vías de la sensibilidad general y del dolor en particular, así como a su fisiología, donde tenemos aún muchos problemas que resolver, desde el punto de vista clínico podemos considerar por un lado, las formaciones **radículo-cordonales** y por otro las **córtico-subcorticales**, con sus pedículos que unen el tálamo a las diferentes zonas de la corteza, constituídos por substancia blanca, cuyas lesiones, generalmente más accesibles y del dominio quirúrgico, provocan intensos dolores, como ser ciertas compresiones de medula y algunos tumores encefálicos subcorticales. Se contraponen a estas formaciones, las agrupaciones grises escalonadas a diferentes alturas, que interceptan las vías del dolor y temperatura, después de su entrada por las astas posteriores de la medula hasta el tálamo. Estas formaciones deben ser consideradas como un todo y sus lesiones, generalmente vasculares o inflamatorias, afectan las fibras de los **relais** y las intraespinales del dolor, produciendo las algias celulares; estas lesiones son poco accesibles a los medios quirúrgicos, por ser muy centrales.

Esta división, considerada sobre todo desde el punto de vista anátomo-clínico, está de acuerdo con lo que observamos corrientemente. Agregaríamos a esto las perturbaciones del simpático, escalonado a lo largo del sistema de relación, unido a él por sus ramas comunicantes, extendido a lo largo del sistema vascular, en-

tremezclado con las fibras de los nervios períferieos y diseminado entre las fibras y centros del neuro-eje.

Prácticamente, es todavía aventurado atribuír funciones dolorosas al sistema autónomo, por más que se ha imputado la hiperestesia a perturbaciones vaso-motoras, los dolores talámicos al sistema simpático, los dolores bulbo-protuberanciales a excitaciones de ese mismo sistema y por último, la exaltación de la sensibilidad dolorosa en los territorios privados de la inervación simpática.

Hoy por hoy, recurrimos al método anátomo-clínico para explicar la patogenia de un gran número de dolores, siendo generalmente las lesiones vasculares las que interrumpen o irritan las vías o etapas sensitivas, ya sea en la medula, en el bulbo, en la región retro-olivar, en el tálamo o en la corteza.

Los segmentos transversales que se indican habitulamente como localización de una lesión que interrumpe o irrita vías y centros intercalares, satisfacen como interpretación anátomo-clínica, aunque la faz fisiológica o dinámica del proceso doloroso y del influjo causante del dolor debemos juzgarlo también longitudinalmente y seguirlo desde que el estímulo físico actúa sobre las terminaciones nerviosas períferieas hasta la llegada del influjo a los centros tálamo-corticales. De acuerdo con **Head**, los efectos causados sobre un organismo por un estímulo son seleccionados, combinados e inhibidos en su recorrido, actuando esta resultante sobre los centros por un proceso de **integración**, siendo esta una de las funciones esenciales del sistema nervioso central. El concepto de la **liberación** de un sistema dolorígeno, también se lo debemos a **Head**. Este concepto fué ampliado por **Fœrster**, para los dolores infratalámicos.

La sensibilidad epicrítica, desprovista de tonalidad afectiva, más reciente y diferenciada, frena la sensibilidad dolorosa, liberándola cuando aquella se altera; originándose un dolor **deficitario** en contraposición al dolor por **irritación**. Creemos con **Ajuriaguerra**, que existe una interdependencia entre el mecanismo de irritación y de inhibición, dependiendo los valores del primero de los del segundo. Dice este autor con justa razón que, "el dolor no puede producirse a consecuencia de una excitación ligera, sino cuando los fenómenos de liberación son muy amplios, e inversamente cuan-

do la liberación es muy marcada, basta una pequeña excitación para que aparezcan las algias''.

El antagonismo entre la sensibilidad epicrítica y la protopática constituye por otra parte, la base de la **teoría de la interferencia** de **Aeswaturow-Pankratow**.

Ya en los receptores periféricos de los estímulos se establece una oposición entre los tactiles discriminativos o epicríticos y los dolorosos protopáticos, subsistiendo estos conceptos antagónicos a través de los nervios y en la medula, donde según **Fœrster**, se disponen los haces conductores y los inhibidores. Para **Pankratow**, la sección de los cordones posteriores actuaría sobre los cabos centrales como una fuerte excitación, restándole importancia a las fibras sensitivas contenidas en el otro cordón, especialmente a las del dolor; se produce así un balance en el antagonismo de las diversas sensibilidades, según la teoría de la interferencia. A través del tronco encefálico se siguen los dos sistemas, llegando al tálamo a definirse y a complicarse la interferencia, en parte por los influjos inhibidores corticales y tal vez (según **Fœrster**), por los de procedencia estriada. En cualquier punto del sistema sensitivo en que se produzca una excitación o inhibición, el dolor aparece y el sistema es bien vasto si se lo considera desde los nervios periféricos hasta la corteza. Recordemos la sección de los nervios que llevan la sensibilidad epicrítica privando el control a la sensibilidad protopática; produciéndose también, en el otro extremo del sistema la misma falta de control córtico-parietal sobre el tálamo.

Después de enterarnos de las adquisiciones hechas por anatomistas y fisiológos, con todo este bagaje de conocimientos, no siempre nos desempeñamos para su interpretación ante los casos que se presentan en la clínica, encontrándonos como médicos en condiciones y terrenos muy distintos. Es ante todo el enfermo que nos acusa una serie de sensaciones muy complejas que pueden ser consideradas ''desde un fenómeno sensorial especial, hasta una modalidad afectiva del tacto'', con el agregado de que no siendo siempre selectiva la lesión para zonas dolorígenas, vienen acompañados los fenómenos álgicos de trastornos motores, como ser

paréticos, convulsivos y tróficos, que hacen la interpretación muy compleja por tratarse también a veces de un proceso en evolución.

Dejando a un lado por un momento el concepto anátomo-clínico y juzgando el asunto desde el punto de vista general, debemos reconocer que el dolor es una función, adquiriendo entonces las cosas un cariz bastante interesante. Sería el dolor un conjunto de actividades que movilizaría un gran número de mecanismos reaccionales, cuyo juego dinámico requeriría la colaboración funcional de componentes anatómicos de un organismo considerado como una individualidad, con zonas de localización difícilmente delimitadas **(Ajuriaguerra)**. Por otra parte, considerado el dolor como una reacción afectiva o emocional ante un estímulo nocivo **(Pieron y Foucault)**, se le puede atribuir una función biofiláctica. Aparecería entonces, cada vez que se produce un desequilibrio fisiológico o las llamadas ''lesiones de estructuras'' de **Ceillier**, como una defensa velando por el instinto de conservación.

Habría entonces estímulos exteriores de cierta categoría, como ser hostiles, contundentes o destructivos, cuya agresión despertaría el instinto de conservación con una tonalidad afectiva hasta llegar a una molestia angustiosa, creando de esta suerte un verdadero complejo. La repetición de los estímulos de naturaleza dolorosa daría lugar a una especie de sumación, cuya síntesis no llegaría siempre a la corteza por lesiones infracorticales y quedarían detenidas en las esferas subconscientes o talámicas (en el sentido anatómico), para manifestarse periódicamente en forma de ''over-reacción'' o hiperpatía. Se podría contraponer a esta clase de estímulos hostiles, causantes del dolor, los suaves, placenteros o favorables que se buscan con empeño, llegando a veces al frenesí; tales son ciertas sensaciones tactiles del prurito o la repetición de frotes en zonas genitales o extragenitales que, despertando la líbido, pueden llegar al organismo sexual satisfaciendo el instinto de reproducción. Sería este acto terminal, también una especie de ''over-reacción'' causada por excitaciones sostenidas y acumuladas, que a veces dan motivo a angustias y complejos cuando otros factores se oponen a esa realización. Llegaríamos entonces a explicarnos dos estados afectivos tan opuestos, como el placer y el do-

lor originados por estímulos ambientales que actúan sobre receptores sensitivos análogos. Hay más, en determinadas condiciones patológicas y con estos mismos principios, se podría explicar cómo ciertos dolores moderados pueden acompañarse paradójicamente de reacciones afectivas agradables, como los casos observados por **Bourdon**. No nos extrañe, pues, que ya en este terreno las cosas hayan interesado a los filósofos, que han llegado a preguntarse, si el dolor es un mal útil y necesario.

La naturaleza y evolución del proceso causante de las algias de origen central, es muy de tener en cuenta en estos casos. Recordemos que la mayoría de ellos son procesos vasculares, focos necróticos que antes de llegar a su período escleroso definitivo, pasan por los diferentes estados histológicos ya conocidos; no es de extrañar entonces que el síntoma dolor en estos casos, aparezca a veces algunos meses después de producido el ictus; esto lo hemos verificado en nuestras dos observaciones y se registra ya en muchos casos publicados. En cuanto a las ideas de **Jackson,** de que una lesión destructiva nunca podría crear un síntoma positivo como el dolor y que para explicarlo se tenga que recurrir a la teoría de liberación de **Head,** esto no es aplicable en todos los casos. Creemos que es bien posible que un proceso escleroso en pleno tálamo o en la región córtico-talámica, puede actuar con el tiempo como una cicatriz fibrosa retractil y al englobar los elementos conductores y sinápticos del dolor causar algias permanentes por irritación. A este propósito recordaremos lo que dice **André Thomas:** "Si se tiene en cuenta la cicatrización, la degeneración de los tejidos, las perturbaciones circulatorias y los procesos regresivos, pueden asociarse la irritación, la liberación y otros hechos que aún ignoramos".

A pesar de los preciosos aportes suministrados por anatomistas y fisiólogos para interpretar la fisiopatología del dolor, tenemos que reconocer que hay una cierta oposición en la manera de encarar los asuntos entre aquellos investigadores y los clínicos; los medios de investigación son bien distintos y basta recordar cómo

sorprende al dolor el médico en su enfermo desde su iniciación, siguiendo a veces su evolución durante años, acompañado a menudo de manifestaciones motrices o mentales, para llegar luego a verificar lesiones groseras y bien delimitadas en los centros nerviosos. Las pruebas que nos suministra así el método anátomo-clínico suelen ser irrefutables, colocándonos en condiciones bien distintas a las del fisiólogo, que estudia el dolor provocado o experimentando en animales.

En las Reuniones Especiales de París en 1937, ya aludidas, nos hemos podido dar cuenta de lo mucho que se ha trabajado sobre el tema, desde los diferentes puntos de vista, pero también a juzgar por las conclusiones y por ciertas contradicciones en los debates, hay opiniones encontradas que procuran un verdadero desconcierto. Bástamos recordar que un destacado cirujano, especialista en la cirugía del dolor, dice que el fenómeno doloroso muy a menudo y tal vez siempre, no es más que un hecho puramente funcional, sin substractum anátomo-patológico; sosteniendo en otro lugar del relato, que hay fenómenos dolorosos fijados desde un principio, pareciendo que se crearía alrededor de estos centros, probablemente por vía circulatoria, estados funcionales anatómicos que constituyen el terreno del estado psíquico.......... (Revue Neurologique, Julio—1937).

A pesar de las mismas lagunas a llenar y de tantos hechos dudosos y explicaciones ingeniosas, es de esperar la colaboración más estrecha entre clínicos y fisiólogos, correspondiendo a los primeros sutilizar las investigaciones semiológicas y las comprobaciones anatómicas, convencidos como estamos del porvenir del método anátomoclínico, para aplicar la fisiopatología del dolor en medicina humana. Solamente estos datos, podrán suministrar orientaciones seguras y útiles para la práctica neuro-quirúrgica.

El Dolor en las lesiones del sistema nervioso central

por el Prof. Dr. H. LEA-PLAZA

EL DOLOR EN LAS LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (1)

Por el Prof. Dr. H. Lea-Plaza

Santiago de Chile

El dolor es un complejo sensitivo en el que participan dos factores: una sensación específica, de mayor o menor intensidad, (por una parte), y una sensación no específica, de naturaleza afectiva y de tonalidad negativa, es decir, de carácter penoso y deprimente, (por otra parte).

El dolor representa la paleosensibilidad, la sensibilidad primitiva, en relación directa con las necesidades de protección del organismo, conociéndose hoy la disposición de las fibras de cilindros ejes finos. (3 a 6 micros) y de las vías espinotalámicas que constituyen los sectores de las excitaciones, cuyo resultado consciente es el dolor, a través de los nervios periféricos, de las formaciones medulares y mesocefálicas hasta el tálamo, en su núcleo ventro lateral.

El dolor se determina por irritación o por liberación de un sistema dolorígeno; este último, es un dolor de naturaleza deficitaria y es la consecuencia de la cesación del poder inhibidor que sobre la paleosensibilidad ejerce constantemente la neosensibili-

(1).—Resumen de la ponencia, la cual será publicada ulteriormente.

dad, es decir la sensibilidad a la presión, al frío, al calor y la sensibilidad tactil. En estas condiciones de inhibición, el dolor puede alcanzar los caracteres de la hiperpatia, descrita por Förster, con descarga máxima, sensación penosa intensa, persistencia de la sensación dolorosa después de la excitación. En múltiples regiones del sistema nervioso central, una excitación o una lesión es capaz de producir sensación dolorosa, en la medula se genera especialmente en los cuernos posteriores, en los cordones anterolaterales y en los cordones posteriores. En la sección medular completa, aún de la región alta, especialmente al iniciarse el automatismo, pueden aparecer dolores de los miembros inferiores, capaces de inducir al diagnóstico de sección incompleta, por su persistencia; los traumatismos y conmociones de la medula en los tumores medulares, en la esclerosis múltiple, en la siringomielia, en las esclerosis combinadas, las manifestaciones dolorosas son generalmente síntomas comunes y persistentes.

En las afecciones bulbares y bulboprotuberanciales, el dolor ha sido observado y descrito en forma bien perentoria, siendo aún la neuralgia trigeminal, en algunas ocasiones, de naturaleza central bien comprobada. Lesiones tumorales y de naturaleza vascular de la región bulboprotuberancial, pueden provocar las manifestaciones dolorosas. Pero es el dolor talámico, el que representa el prototipo de la algia central. Tiene caracteres que lo individualizan; se acompaña de un estado afectivo de malestar y ansiedad profundos. La más ligera excitación provoca una exacerbación absolutamente desproporcionada, desencadenando la over reaction de Head; se difunde rápidamente el dolor cualquiera que sea el punto excitado periféricamente, despertándose aún con la movilización de los miembros consecutivamente a estados puramente emocionales.

El tálamo óptico representa un elemento seleccionador, moderador y transformador, podríamos decir de las excitaciones que han de ser percibidas como dolor; la normalidad funcional del tálamo, es esencial para la normalidad del estado de conciencia que

constituye el dolor; su perturbación funcional, perturba profundamente aquel estado de conciencia, permitiendo entonces estados de conciencia dolorosos, **sin que exista la necesidad fisiológica de ellos como elementos de protección.** Tal es lo que ocurre en las algias consecutivas a emociones.

El dolor talámico presenta caracteres importantes y dá elementos valiosos para la concepción del dolor como fenómeno **reaccional de la conciencia a estímulos hacia los cuales el organismo se apresta a defenderse**.

Un nuevo camino en el tratamiento del Dolor

por el Dr. ISAAC HORVITZ,

UN NUEVO CAMINO EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

(Relato Oficial)

Dr. Isaac Horvitz,

Jefe del Servicio de Neurología del Hospital de San Juan de Dios. Neuro-psiquiatra de los Consultorios de la Caja de Seguro Obligatorio.

Ha sido una coincidencia verdaderamente curiosa el hecho de estar preocupados de realizar investigaciones clínico-terapéuticas en el problema tan vasto y apasionante del "dolor", en nuestro Servicio de Neurología del Hosp. de San Juan de Dios, cuando llegó a nuestro conocimiento el programa general de los temas oficiales de esta Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas que se han iniciado bajo tan brillantes auspicios.

Es este el motivo por qué al ser honrados con un relato oficial sobre este tema, ofrecimos comunicar a este Congreso nuestras preocupaciones y verificaciones en una nueva ruta que, desde hace pocos años, van hollando muchos investigadores y que está destinada a enriquecer nuestro armamento contra el dolor, en el aspecto particular de ciertas formas rebeldes consideradas como esenciales.

Cumplo, desde luego, con el deber de agradecer tan señalada distinción y espero que la modesta contribución que aporto a los

debates de este torneo, permita, después de la discusión, determinar algún progreso en las cuestiones de nuestro especial interés.

Conocida es la frecuencia con que se presentan en los servicios neurológicos ciertos enfermos que es fácil agrupar por manifestar algunos síndromes cuya afinidad se caracteriza por el síntoma dolor. La investigación clínica revela una negatividad absoluta en cuanto a signos orgánicos y la terapéutica se estrella en una rebeldía persistente a los medios corrientes. Me refiero a todos los casos de cefaleas esenciales, jaquecas, neuralgias de todo orden, entre las que la neuralgia esencial del trigémino ocupa el lugar preponderante.

Por esta razón nos había impresionado la comunicación del Prof. Carlos Charlín, hecha en la Reunión Inicial de este torneo, en Santiago y a numerosas Sociedades científicas, en la que reveló el hallazgo terapéutico de la influencia de la tuberculina en las crisis neurálgicas faciales. En efecto, al practicar en una enferma de neuralgia del nasal la reacción de Mantoux, pudo observar la desaparición del dolor en forma verdaderamente sorprendente. Continuando posteriormente con las inyecciones de tuberculina descubrió, — ya que no tenía conocimiento de ensayos similares anteriores en afecciones dolorosas, aunque de otra especie, — que la tuberculina en inyecciones intracutáneas, era un arma antiálgica de un poder extraordinario. Emitió entonces, una teoría que era aún más sorprendente que el tratamiento y sostuvo que la neuralgia del trigésimo se debía a una toxemia bacilar, que ejercía su acción sobre el nervio específicamente sensibilizado. La tuberculosis adquiría así otro aspecto clínico hasta entonces ignorado.

Con la intención de ensayar este tratamiento por nuestra cuenta, buscamos los enfermos y no dejó de sorprendernos la relativa escasez de ellos en un país como el nuestro donde, desgraciadamente, los tuberculosos y los tuberculizados abundan.

Pero en julio de 1937, pudimos ensayar el tratamiento tuberculínico en una clásica neuralgia del trigémino, de cuatro años de evolución y de una marcada intensidad. La reacción de Mantoux, fué en este enfermo extraordinariamente positiva. La placa pá-

pulo-eritematosa fué tan extensa que abarcaba gran parte de la cara palmar del antebrazo; la reacción focal fué también manifiesta, pues, los paroxismos dolorosos fueron propiamente brutales y la reacción general produjo fiebre y un verdadero estado de confusión mental. Pero, realmente, al día subsiguiente los dolores desaparecieron y para siempre.

Persistimos en este tratamiento en tres o cuatro casos más de dolores esenciales, cefaleas y jaquecas. El resultado fué beneficioso sólo cuando el Mantoux era positivo. Debo advertir que, aunque el efecto terapéutico era halagador, no nos satisfacía la explicación por razones que no corresponde en este momento analizar y entre las cuales no era la menos importante el hecho de que la tuberculina, que se había abandonado como tratamiento de la tuberculosis propiamente tal, fuera francamente beneficiosa en algias presuntamente tuberculosas, precisamente porque curaban con la tuberculina.

En estas circunstancias llegó a nuestro conocimiento el estudio fisio-clínico de Aron (E.), respecto a la acción de las inyecciones intradérmicas. En él, se hace una revisión del empleo terapéutico de estas inyecciones en el tratamiento de dolor, para concluír: "1º— "Que la inyección intradérmica de toda sustancia, **loco dolenti**, está dotada de una acción antiálgica. — 2º—Que la vía intradérmica aumenta la rapidez y la eficacia de acción de las sustancias "neurotropas (histidina) y 3º—Que la inyección intradérmica de "histamina por su poderosa propiedad vaso-dilatadora capilar y "por su acción propia, es una arma eficaz en el tratamiento del do- "lor y de la contractura en las afecciones reumáticas".

Aron, verificó estas conclusiones experimentando con inyecciones intracutáneas de agua bidestilada, histidina e histamina.

Por simple intuición en un comienzo, comparamos estos resultados con los obtenidos por la tuberculinoterapia. Por otra parte, no dejamos de relacionar el hecho de que siendo la solución de tuberculina empleada excesivamente diluída, equivalía en esencia a una inyección de agua destilada.

Nuestra preocupación en este problema coincidió con las investigaciones emprendidas en la Cátedra de Bacteriología del Prof.

Vaccaro, por éste y sus colaboradores estudiando el aspecto inmunológico de esta cuestión y desde ese momento continuamos trabajando en conjunto en la dilucidación de los hechos con el objeto de encontrar la explicación científica de tan extraordinarios efectos terapéuticos.

Comenzamos, pues, por ensayar las inyecciones intradérmicas de histamina, principalmente, en algias musculares y neuríticas, aplicación que se fué extendiendo más tarde a afecciones dolorosas de tipo alergizante, (jaquecas, cefaleas esenciales, etc.) y aun, después a otras enfermedades del mismo tipo, aunque no dolorosas como el asma, la fiebre de heno, la urticaria, etc. en las que el papel fisiopatológico de la histamina es, actualmente, indiscutible.

En los últimos años, la literatura relacionada con la histamina se ha multiplicado, al mismo tiempo que se ha ido revelando la importancia de esta sustancia en la fisiología normal y patológica.

Desde luego, ha quedado demostrado que la histamina es la sustancia de poder antiálgico por excelencia y que siempre existe cuando el efecto antidoloroso se produce. Por este motivo, desechamos el empleo del agua bidestilada y de la histidina recomendados en el ensayo de Aron.

Diré de paso, que el Dr. Arturo Tello, ha tratado entre nosotros, algias esenciales con agua destilada obteniendo resultados tan brilantes como Aron y como Charlín. Ha hecho una discusión comparativa entre la tuberculina, el agua destilada y la histamina sin pronunciarse en definitiva sobre la explicación de estos fenómenos.

En lo que se refiere a la histidina, haré mención a la publicación de Schwartz (A.), Israel (L.) y Jacob (A.), en que analizan el modo de acción de los preparados comerciales de histidina y llegan a la conclusión de que los efectos beneficiosos se deben a pequeñas cantidades de histamina que contienen, cuya actividad se manifiesta aún en grandes diluciones.

En todo caso, en la literatura puede verse que el empleo de la histidina se ha concentrado, especialmente, en el tratamiento de las

úlceras gastro-duodenales. Estas experiencias han sido verificadas en nuestro país por el Dr. Figueroa Echaiz-Vidal, con resultados muy favorables. Revisando las observaciones que publica en su tesis, puede comprobarse el maravilloso efecto de las inyecciones de histidina sobre el dolor, que desaparece antes de cinco minutos.

Una relación muy estrecha con el problema que trato, tiene también el trabajo de Lenormand (J.), sobre el tratamiento de los dolores gástricos y duodenales por los **ácidos aminados.** En él establece que las inyecciones **intradérmicas** de pepsina, leche, peptona, así como el triptofano y la histidina, producen una sedación de los dolores y las considera un medio notablemente rápido y eficaz en el tratamiento de los fenómenos dolorosos gástricos. Estas experiencias han sido confirmadas por el mismo autor, en una comunicación posterior y usa la histidina no sólo en las gastralgias, sino también en el coriza y el asma de heno y, aun en la angina del pecho y emite la posibilidad de que varias substancias de tropismo nervioso, inyectadas por vía intradérmica, obrarían sobre el sistema simpático.

De mayor fundamento para nuestros trabajos ha sido la ponencia de Weissenbach (R.-J.) y Perlés (J.), publicada en 1936, sobre las **inyecciones intradérmicas de histamina** en el tratamiento del dolor y de la contractura en el curso de los reumatismos agudos y crónicos. Se basa en los trabajos de Deutsch, en los reumatismos crónico y en los de Coste, que preconiza inyecciones locales profundas en las artralgias coxales. Estas últimas provocan un vivo dolor, estado de shock brutal, dilatación vascular periférica marcada y caída de la presión arterial. Weissenbach y Perlés, combaten, en parte, estos trastornos usando una solución de medio miligramo de clorhidrato de histamina con un anestésico (el fenilpropionato de p. amino-benzoil, amino-etanol, medio centígramo.) Inyectan esta combinación por vía intradérmica lo más cerca posible del foco doloroso, diariamente o día por medio en número de diez a doce. Se produce una reacción urticariana local típica; una sensación de bouffée facial y tiene una acción inmediata sobre el do-

lor. La contractura y la impotencia funcional son también influenciadas favorablemente, pero en la medida en que dependen del dolor.

Los autores dan cuenta de cuarenta observaciones de artritis secas, (coxales, lumbares y cervicales); neuralgias ciáticas y braquiales y reumatismos musculares, (lumbagos y tortícolis). En síntesis, un 85 % de éxitos. Consideran inútil continuar el tratamiento después de la décima inyección, si fracasa. En los reumatismos infecciosos el tratamiento no tiene ninguna influencia. En resumen, lo consideran como la medicación por excelencia del dolor y de la contractura dolorosa.

Los mismos autores en colaboración con Francon (F.), insisten en la eficacia del tratamiento en las mialgias reumáticas agudas y crónicas, en los reumatismos crónicos, artritis secas y secuelas dolorosas de los reumatismos crónicos, en la periartritis escápulo-humeral; en las algias secuelas de traumatismo y en las neuralgias esenciales y algunas secundarias, como las neuritis de tipo causálgico y las consecutivas a reumatismo crónico.

Concluyen recomendando el uso de estas inyecciones en el tratamiento del dolor y de la contractura antes que cualquier otro método regional o local.

Por último, hagamos referencias a las proposiciones de Le Calvé (J.), que, con los fundamentos expuestos, usa inyecciones intradérmicas de sangre y deduce que su efecto beneficioso obedece a la misma causa primordial.

El efecto terapéutico, sobre todo antiálgico, de la histamina ha sido admirablemente descrito en la monografía de Delherm y Gajdos (A. y M.), en la que conjuntamente, con analizar la farmacodinamia de esta sustancia, revisan sus efectos terapéuticos en las diversas afecciones citando las observaciones pertinentes.

Una publicación similar es la Fiessinger (N.) y Gajdos (A.), en que investigan las íntimas relaciones entre urticaria e histamina y consideran la histamina y sustancias afines, como intermediarias entre la causa y el síntoma. Relatan, además, los efectos terapéuticos positivos de la histamina en la urticaria y la analogía del shock histamínico y el shock anafiláctico.

Por nuestra parte hemos empleado el tratamiento histamínico en inyecciones intradérmicas y en ionización, método este último aconsejado especialmente, pues, evita el dolor ardiente que produce momentáneamente la inyección y, que aunque fugaz, suele determinar cierta resistencia en enfermos pusilánimes.

Sin embargo, la mayor parte de nuestros casos han sido tratados con el método intradérmico con el objeto, al principio de asimilar nuestra experiencia al procedimiento usado por Charlín y después por razones de economía, ya que la histamina es un fármaco de elevado precio y la dosis necesaria para la ionización es mucho mayor. En ésta se emplea una solución al 1 × 200 en la cual se empapa una gasa estéril que cubre el electrodo positivo, en forma de placa que se aplica en la región dolorosa. El polo negativo se localiza en una región indiferente. Se hace pasar una corriente contínua, suave y constante de unos 3-4 miliamperes. La solución debe ser fresca, recientemente preparada a baja temperatura, por ser la histamina una sustancia muy lábil.

En cambio, para la inyección intradérmica se usa una solución al 1 × 1000, esterilzada en frío, de la cual se inyecta medio cc., de preferencia en el lugar más cercano al sitio del dolor.

Como se sabe, la histamina es la beta imidazol etilamina que se diferencia de la fórmula de la histidina por un grupo carboxilo (COOH.)

Los efectos de la histamina en el organismo se ejercen estimulando la musculatura lisa; aumenta la actividad glandular; sobre el corazón, aumenta el número de contracciones; sobre la circulación periférica, produce vasodilatación de las arteriolas y capilares y constricción de las arterias de mayor calibre. Así se explicaría que los resultados del tratamiento en el dolor del angor, hayan sido negativos, en la mayor parte de los casos. Determina también variaciones del metabolismo, entre las que predominan la disminución del contenido de cloro de la sangre y un aumento de la glicemia.

Es, además, transformada y eliminada rápidamente. Pero se ignora el mecanismo por el que se efectúa esta transformación y eli-

minación. Sin embargo, en un reciente trabajo de Marcon (I.), y otros sobre el rol fisiológico de la histamina, se hace referencia a las investigaciones de Best y Mc Henry, quienes sostienen la existencia de un enzimo especial que llaman la **histaminasa**, el que destruiría la histamina sobre todo a nivel del pulmón y del riñón.

Marcon y sus colaboradores, llegan a la conclusión de que la histaminogénesis que se produce en los órganos en actividad es un fenómeno útil al buen funcionamiento del órgano, pues contribuye a desembarazarlo de los productos de desintegración; y que, por otra parte, la histaminolisis producida a nivel del pulmón y del riñón, principalmente y de la placenta de las embarazadas, es también un mecanismo útil en ciertas circunstancias.

Pero, sin duda alguna, el más interesante de los efectos de la histamina es la acción cutánea, local, perfectamente constante y característica en el hombre y algunos animales. Está constituída por la llamada **tríada reaccional de Lewis.** Se produce en cuanto el dermis entra en contacto con una solución de histamina aunque sea muy diluída.

En orden de aparición, este fenómeno se compone: a) de un enrojecimiento local más o menos extenso; b) de la reacción eritematosa refleja o aréola roja que se forma alrededor de la zona inyectada y que se va extendiendo en forma irregular, y c) del edema en forma de una bola redondeada que a veces tiene prolongaciones que siguen la vía de los linfáticos.

Roussy y Mosinger, agregan un cuarto elemento constituído por manchas anémicas o un anillo de vaso-constricción que se produciría, especialmente, cuando se inyecta en un territorio en que existen alteraciones nerviosas por mielitis u otras causas.

La triada reaccional suele durar alrededor de una hora. Presenta variaciones fisiológicas que dependen de algunos factores. Así, es más intensa en los rubios de piel blanca que en los morenos; más intensa también en las partes no descubiertas del cuerpo; más perezosa en los ancianos que en los adultos. También influye la posición del miembro, siendo más marcada cuando el miembro está descendido.

Entre las variaciones patológicas, se ha descrito por Fiessinger y Gajdos, un estado de sensibilidad especial de la piel, "sensibilidad alérgica", lo que coincide con la opinión de Ramírez y Georges.

El eritema falta en los hemiplégicos y parapléjicos y en las zonas de anestesia. En cambio la aréola roja y el edema son muy pronunciados. Por estas alteraciones de la tríada, pueden determinarse los límites de las lesiones nerviosas existentes.

Los estudios de Roussy y Mosinger, han puesto en evidencia por intermedio de la reacción cutánea histamínica la independencia de los factores que rigen la vasomotricidad arterial y la vasomotricidad capilar. Según Dale y Richarda, la vasodilatación histamínica reside en los capilares.

Es interesante repasar las explicaciones que se han emitido sobre el mecanismo de la tríada reaccional. Se acepta desde luego, que los tres elementos obedecen a mecanismos diferentes.

El enrojecimiento local se debería a una reacción directa de los pequeños vasos cutáneos, (arteriolas terminales, capilares, pequeñas venas y plexo venoso sub-papilar.) Sería una influencia sobre el sistema nervioso que ejerce una acción contínua sobre estos pequeños vasos.

El eritema reflejo o aréola roja se debe seguramente a la intervención de un factor nervioso, pues se modica en las lesiones nerviosas y es imposible su formación cuando existe anestesia. Pero, el mecanismo de la relación del factor nervioso con la aréola roja es todavía discutido. Se han emitido cuatro diferentes teorías, para explicar esta acción de la histamina.

La primera es la de Lewis, quien sostiene que la histamina actuaría siguiendo la vía del reflejo de axon. Parece probado que el nervio sensitivo se divide a nivel de la piel en dos ramas: una cutánea y otra vascular. La excitación seguiría por la rama cutánea y se reflejaría por la rama arterial produciendo la vasodilatación.

Krog, por su parte, desestima la explicación anterior, porque no sólo hay vasodilatación en las arteriolas, sino también en las vénulas y los capilares. Sostiene que, el eritema reflejo se verifica-

ría por la irritación antidrómica. Goltz y Stricker, han comprobado la vasodilatación del miembro, excitando el cabo periférico del ciático seccionado. Igual comprobación ha efectuado Foerster, por excitación del cabo periférico de sección de la raíz posterior.

La tercera teoría sostenida por Dale, hace intervenir el sistema neurovegetativo: la excitación seguiría el reflejo de axon, pero en las arteriolas determinaría la liberación de acetilcolina, la que produciría la vasodilatación.

Finalmente, Roussy y Mosinger, suponen la existencia de una red de fibras vegetativas en la piel, sobre la que obraría directamente la histamina. Según observaciones de Under, este sistema no pertenecería ni al simpático ni al parasimpático, sino que estaría constituído por fibras específicas, histaminérgicas.

Si se lograra una explicación definitiva y comprobada de la producción de la aréola roja, encontraríamos, seguramente, la aclaración del mecanismo de la acción analgésica y habríamos dado un gran paso en el problema del mecanismo del dolor.

Por último, el edema histamínico parece ser debido a un aumento de la permeabilidad capilar, independiente de la vasodilatación.

La tríada reaccional es común a una serie de manifestaciones cutáneas que se producen en múltiples circunstancias, lo que permite suponer la intervención permanente de la histamina o sustancias afines, denominadas en conjunto como substancias H.

Antes de dar cuenta de nuestros propios resultados clínico-terapéuticos, permítaseme un paréntesis destinado a saldar, por el momento, la cuestión abierta respecto a la tuberculinoterapia que fué la que nos indujo a revisar esta parte de los tratamientos del dolor.

Para nosotros, a medida que avanzaban nuestras comprobaciones, era un hecho muy sugestivo la similitud de resultados obtenidos con histamina y con tuberculina. El Prof. Vaccaro, nuestro colaborador en la parte inicial de esta investigación, ha sostenido que la acción antiálgica de la tuberculina se debía a la producción de histamina localmente, debido a la reacción antígeno-anticuerpo

producida en organismos tuberculizados, cuando la reacción de Mantoux era positiva. Si era negativa, — y en la mayor parte de estos casos el tratamiento tuberculínico fracasaba—, el éxito se debería a la producción de histamina localmente por la dislaceración de los tejidos por la inyección intradérmica.

Estas relaciones de la histamina y la tuberculina han tenido una demostración experimental con las experiencias de los Dres. Valdivieso (R.) y Tapia (A.), al estudiar la histaminemia determinada por la inyección de tuberculina. Los autores llegan a las siguientes conclusiones, producto de sus experiencias:

"a) En los conejos tuberculizados con B. C. G. la inyección "de tuberculina produce un aumento de ciento por ciento de la "histaminemia. Parece existir cierta relación entre la magnitud "de la reacción local a la tuberculina y el aumento de la tasa de "histamina en la sangre.

"b) En los conejos sanos la inyección intradérmica de tu- "berculina no produce elevación de la histaminemia ni reacción lo- "cal.

"c) La histamina inyectada por vía intradérmica no pro- "duce aumento de la histaminemia en los conejos normales ni en "los tuberculizados, a pesar de la intensa reacción local a que da lu- "gar".

Estas conclusiones vienen a demostrar la íntima relación entre ambos procedimientos terapéuticos y cómo el efecto analgésico producido por la tuberculinoterapia es totalmente inespecífico.

Las ventajas del uso de la histamina son obvias.

Desde hace cerca de dos años, la histamina es un elemento terapéutico antiálgico que empleamos cuotidianamente en nuestro servicio del hospital de San Juan de Dios. Por la serie de circunstancias que hemos explicado más arriba, hemos llegado a readaptar este método que no se usaba en nuestro país y cuyos halagadores resultados han compensado con creces nuestra dedicación a algo que comenzó como una simple polémica científica.

Pasan de 150 las observaciones de afecciones dolorosas en las que hemos empleado el método, en la mayor parte de los casos con

inyecciones intradérmicas y en menor número con la ionización de la región dolorosa.

Se trata de afecciones que se pueden catalogar con la siguiente enumeración:

Mialgias

profesionales de diferente orden;
lumbagos;
tortícolis, etc.

Neuralgias

del trigémino;
post-zosterianas;
intercostales;
ciáticas;
neuritis localizadas;
neuritis múltiples;
simpatalgias, (eritromelagias, meralgia parestésica, acroparestesias, etc.).

Jaquecas y cefaleas esenciales;

Artralgias reumatoideas;

Reumatismos crónicos.

En el conjunto de estos casos hemos observado del 75 al 80% de curaciones. El resto está constituído por observaciones que no se han completado por falta de concurrencia de los pacientes y por los resultados negativos del tratamiento después de diez o quince aplicaciones del método.

El mismo porcentaje de éxitos lo hemos obtenido en afecciones similares, pero secundarias a causas diferentes y en las cuales el dolor ha desaparecido antes de que sea posible que dicha curación la produzca el tratamiento etiológico.

Algo semejante podemos decir en artralgias de origen traumático (por vicio de posición, esguinces, dolores en foco de fractura, etc.).

La inyección intradérmica produce un dolor en forma de quemadura que demora solo algunos segundos en desaparecer y, luego, puede verse la aparición de la característica tríada reaccional de Lewis. En la mayor parte de los casos se produce rubor de la cara muy marcado y sensación de calor. Algunos enfermos acusan marcos, vértigos y cefalalgia y otros, angustia precordial. Pero tanto la tríada local como los otros síntomas son fugaces.

Las inyecciones o la ionización las hemos repetido día por medio, o cada tres días, según la intensidad de la afección.

El efecto antiálgico es, generalmente, sorprendente y completo, aún en afecciones de larga evolución y resistentes a todo tratamiento.

Resultados igualmente favorables, hemos observado en enfermedades en que las algias se relacionan con trastornos vasculares como en la enfermedad de Raynaud y afecciones afines.

La influencia de la histaminoterapia sobre el sistema neurovegetativo nos ha llevado a ensayarla en las enfermedades de tipo alérgico no dolorosas como el asma, la urticaria, el coriza de heno, etc., con resultados positivos en la misma proporción y ésto sería confirmatorio de que muchas neuralgias, jaquecas y cefaleas esenciales reconocerían una misma fisiopatología.

Respecto de la urticaria, colaboradores del Prof. Vaccaro (Soto H.), han emprendido un estudio especial, repitiendo las experiencias de Fiessinger y Gajdos. Hasta la fecha cuentan con 30 casos de urticarias, dos rush séricos y un caso de la "enfermedad del litre", en que han podido observar la curación total. Los efectos de la histamina sobre el prurito son positivos desde la primera inyección. Esto concuerda con las comunicaciones de Cain (A.), en el tratamiento del prurito anal por las inyecciones intradérmicas de histamina. Los enfermos de urticaria sometidos a la causa provocadora después del tratamiento no han presentado urticaria.

Resumiendo los efectos más importantes de la histamina, debemos decir que produce localmente. la tríada reaccional de Lewis, la disminución o la desaparición del dolor y un aumento de la circulación local. Sus efectos se ejercen sobre la piel y los tejidos más profundos, sobre todo en los músculos y las articulaciones. Su acción sobre los dolores musculares ha permitido sostener a algunos autores que, un dolor que no cede a la inyección de histamina, no es muscular.

La explicación de efectos tan variados e importantes de la histamina, está seguramente relacionada con el hecho de tratarse de una sustancia intermediaria en la conducción del impulso nervioso. Su influencia sobre el sistema neuro-vegetativo es directa y manifiesta.

Pero, en cuanto al efecto antiálgico, cabe preguntarse si obra desensibilizando respecto de la propia histamina, cuyo aumento en el organismo determinaría los paroxismos dolorosos o las crisis de asma, de prurito o de jaqueca; o bien provocando la producción del enzimo destructor, la histaminasa que evitaría los efectos de la sobrecarga de histamina. La explicación la obtendremos, es de esperarlo, si seguimos experimentando por esta vía novedosa y apasionante.

En síntesis, podemos concluir desde el punto de vista clínico-terapéutico, que las inyecciones intradérmicas de histamina o la ionización con esta sustancia, constituyen uno de los más poderosos antiálgicos a que se debe recurrir siempre en las mialgias, en la mayor parte de las neuralgias, aun en las secundarias mientras hace efecto el tratamiento etiológico y en las afecciones relacionadas con la alergia.

Es un nuevo camino en el tratamiento del dolor....

BIBLIOGRAFIA

1.—**Aron (E).**—Etude phisio-clinique des injections intradermiques. La Presse Méd. Nº 56. 14-VII-1937.

2.—**Cain (A.).**—Le traitement du prurit anal par les injections intradermiques d'histamine. La Presse Méd. Nº 88. 3-XI-1937.

3.—**Charlín (C.).**—Síndrome del nasal, forma neurálgica. Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Actas de la Primera Reunión. Santiago de Chile. 1938.

4.—**Delherm y Gajdos (A. y M.).**—L'Histamines. Doin. París. 1933.

5.—**Fiessinger (N.) y Gajdos (A.).**—Urticaire et Histamine. Vigot fr. París. 1937.

6.—**Figneroa (F).**—Acción inmediata de la histidina sobre las úlceras gastroduodenales. Tesis. Imp. Universo. Santiago de Chile. 1937.

7.—**Horvitz (I.).**—Nuevas observaciones respecto del tratamiento de las algias con la histamina. Soc. Médica de Chile. Julio. 1938.

8.—**Horvitz (A. e I.) y Vaccaro (H.).**—El tratamiento de las algias con la histamina. Sus relaciones con la tuberculina. Soc. Méd. de Chile. Octubre 1937.

9.—**Le Calvé (J.).**—Injections intradermiques de sang dans la douleur rhumatismale. La Presse Méd. Nº 49. 18-VI-38.

10.—**Lenormand (J.).**—Acido-therapie aminée et epigastralgies de cause non ulcereuse (action de l'histidine) Gazette des Hospitaus. 21-II-1934. p. 255-8.

11.—**Lenormand (J).**—Acido therapie aminée et rhume des foins. La Presse Méd. Nº 57. Julio 1937.

12.—**Lenormand (J.).**—Traitement des douleurs gastriques et duodenales par les acides aminés. Paris Méd. 10-VI-33. p. 518-520.

13.—**Marcou (I.), Athanasiu-Vergu (E.), Chiricéanu (D.), Cosma (G.), Gingold (N.), y Parhon (C.-C.).**—Sur le role phisiologique de l'Histamine. La Presse Méd. Nº 20 9-III-38.

14.—**Schwartz (A.), Israel (L.) y Jacob (A.).**—Sur le mode d'action des preparations commerciales d'histidine. C. R. de la Soc. de Biol. 12-VIII-35.

15.—**Tapia (A.).**—Método biológico de determinación de la histamina. La histaminemia y sus relaciones con la inyección intradérmica de tuberculina. Estudio experimental. Tesis. Imp. "General Díaz". Santiago de Chile. 1938.

16.—**Tello (A.).**—Contribución al estudio de la vía intradérmica en el tratamiento de las algias esenciales y de algunas manifestaciones del ocena.

Histamina, tuberculina y agua destilada. Bol. de la Soc. Méd. de Santiago de Chile. Set. 1938.

17.—**Weissenbach (R.-J.), y Perlés (J.).**—Les injections intradermiques d'histamine dans le traitement de la douleur et de la contracture, aux cours des rhumatismes aigus et chroniques. Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hop. 24-IV-36. p. 709-716.

18.—**Weissenbach (R.-J.). Perles (J.) y Francen (F.).**—Les injections intradermiques d'histamine dans le traitement des rhumatismes. Rev. de Médecine. 1938. p. 265-270.

Tratamiento de la Esquizofrenia

por el Prof. Dr. **ARTURO VIVADO ORSINI**

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Por el Prof. Dr. Arturo Vivado Orsini

Pese a los innegables progresos realizados por la Psiquiatría en los últimos años, debemos confesar que, si bien en la actualidad algo sabemos sobre Esquizofrenia, es mucho lo que aún nos queda por aprender . A este respecto recordemos que, hace un tiempo propusimos a varios profesores europeos y norteamericanos este pequeño problema: la Esquizofrenia es una enfermedad o simplemente un sindroma? Las respuestas, categóricas en un sentido u otro algunas, y ambiguas las más, nos demostraron la poca uniformidad de criterio que existe para juzgar estos problemas.

Si aceptamos, como parece ser el criterio dominante en la actualidad, que al lado de la Esquizofrenia-enfermedad o proceso esquizofrénico, existen formas no procesales, sindromáticas y reactivas, nos parece lógico que para juzgar sobre la mayor o menor eficacia de un tratamiento, deberíamos previamente etiquetar nuestro material de esquizofrénicos en alguna de estas variedades.

Si bien es verdad que en algunos casos es posible hacer este diagnóstico, no es menos cierto que en muchos otros, por acabado que sea el estudio del enfermo y aun en posesión de excelentes datos anamnéticos, no podemos llegar honradamente a un diagnóstico preciso de variedad de Esquizofrenia.

No debemos olvidar por otra parte, que muchas psicopatías y psicosis presentan síntomas de la serie esquizofrénica y que, especialmente al comienzo, es posible, y aun diríamos fácil, el error de

diagnóstico. La práctica diaria nos enseña que así como en muchos casos el diagnóstico de Esquizofrenia se impone con certeza desde el primer examen, hay enfermos que nos sumen en la duda diagnóstica, y sólo una observación sistemática y prolongada permite, pasados algunos meses, asegurar el diagnóstico. Este punto tiene para nosotros gran importancia, ya que es axiomático que el tratamiento, cualquiera que éste sea, tiene más probabilidades de éxito mientras más pronto se inicie. En otra ocasión dijimos que precisamente la posibilidad de errores diagnósticos, al comienzo de la psicosis, es uno de los factores que puede llevar a resultados muy diversos. Citábamos en esa ocasión a dos investigadores que obtienen resultados muy diversos con la misma técnica en la insulinoterapia: Sakel, con un 88 % de remisiones en los casos agudos, y Rutonsky, con sólo 31,2 %.

En este sentido hemos tratados de ser severos en cuanto al diagnóstico en nuestra casuística, prefiriendo prolongar la observación o eliminar los casos dudosos.

Otro factor capaz de inducir a conclusiones erradas es el de las remisiones espontáneas.

Con el objeto de establecer comparaciones entre los distintos tratamientos en estudio, y entre los resultados así obtenidos con lo que se observa en los pacientes no especialmente tratados, revisamos las observaciones de los esquizofrénicos ingresados al Manicomio Nacional desde 1932 hasta 1936 inclusive, es decir, antes de comenzar a usar la insulina y el cardiazol. Obtuvimos 368 observaciones, de las que eliminamos 103, por tratarse de enfermos malarizados o con diagnósticos dudosos, quedando con un total de 265 observaciones útiles para el caso.

Obtuvimos los resultados siguientes:

Remisiones completas	27	10,18%
Remisiones sociales	33	12,45%
Sin variación	171	64,53%
Fallecidos	34	12,45%
Total	265	

Las remisiones completas, de acuerdo con la forma, se reparten en:

Forma simple	21
Forma catatónica	4
Forma hebefrénica	2
Total	27

Las remisiones parciales en:

Forma simple	23
Forma catatónica	5
Forma hebefrénica	3
Forma paranoidea	2
Total	33

Tenemos, pues, entre remisiones completas y sociales en nuestro Manicomio un 22,63 %, porcentaje que realmente no esperábamos fuera tan alto. Recordemos de paso que los distintos autores dan cifras muy diversas en cuanto a remisiones espontáneas. Citemos sólo a Gyarfas, que da un 3% y a Mayer Gross que afirma haber encontrado un 35 % de remisiones espontáneas en sus enfermos.

Interesante es anotar que entre nuestros 60 enfermos que remiten espontáneamente, 44 son de la llamada forma simple y sólo 2 de forma paranoidea.

Hemos enunciado estos antecedentes, en la intención de demostrar que las distintas experiencias sobre tratamiento de la Esquizofrenia no rinden aun todo el provecho que de ellas debe esperarse. En efecto: la dificultad para diagnosticar la esquizofrenia en algunos casos, la dificultad mayor aún para el diagnóstico de esquizofrenia-proceso o esquizofrenia sindroma, las remisiones espontáneas relativamente frecuentes y la conveniencia de iniciar el tratamiento apenas iniciado el cuadro, hacen que los trabajos

de los distintos autores, aún usando idénticos métodos, den resultados totalmente diversos. De esta manera, no es raro que nos encontremos con psiquiatras que obtienen con una terapia determinada más de 90% de remisiones, mientras que otros, con el mismo método, lleguen a resultados pobrísimos, concluyendo algunos por que tal terapia no da más remisiones que las que espontáneamente se presentan en la entidad mórbida que nos ocupa.

Por otra parte es frecuente, casi fatal, que cada uno de nosotros al ensayar un método terapéutico, inducido por su personal observación, introduzca modificaciones al método original, modificaciones pequeñas o sustanciales, felices en algunos casos, pero que de todos modos influyen en los resultados en una forma u otra, haciendo difícil, cuando no imposible, el estudio comparativo y provechoso de los diversos trabajos.

Por las razones enumeradas, es evidente que no hay posibilidad de sumar con provecho las estadísticas hechas por varios investigadores, perdiendo así de obtener cifras altas que serían de gran valor.

Abrigamos la convicción de que, si en estas Jornadas consiguiéramos concertar un método de trabajo estandardizado, en lo que esto sea posible, para laborar en el futuro en los servicios psiquiátricos americanos en armonía y con directivas idénticas, las terapias antiesquizofrénicas progresarían de modo insospechado.

La abundantísima y bien conocida literatura publicada sobre los modernos métodos de tratamiento de la Esquizofrenia, nos ahorrará hacer descripciones minuciosas. Evitaremos también en lo posible las citas, para dedicarnos a describir someramente nuestras experiencias, dejando de mano las variadas interpretaciones que sobre el mecanismo de acción de estas terapéuticas se ha dado, y dedicaremos al final breves momentos para comentar el conjunto de nuestras experiencias.

El método de Sakel.

Con especial interés practicamos este método desde hace dos años, aprovechando para ello casi exclusivamente el material de las

secciones de indigentes del Manicomio Nacional. Los enfermos son trasladados a la Sección de Insulinoterapia, después de ser calificados como esquizofrénicos por colegas agenos o nuestro trabajo. Sólo después de corroborar el diágnóstico y una vez eliminados los casos dudosos, comenzamos la cura. Tampoco eligimos entre las distintas formas, sólo dedicamos preferencia a los enfermos más recientes.

Obtuvimos para nuestro trabajo, locales dedicados especialmente a él y logramos formar un personal idóneo entre las enfermeras psiquiátricas del Establecimiento.

En la casi totalidad de nuestros pacientes hemos usado la insulina nacional, preparada en el Instituto Bacteriológico.

Una vez efectuados los exámenes físicos y de laboratorio de rigor, comenzamos el tratamiento en la forma siguiente:

Comenzamos por colocarle, entre 7 y 8 de la mañana, 10 unidades de insulina. A las 11 a. m. le damos una porción de leche con 60 a 100 grs. de azúcar. Aumentamos diariamente la dosis en 5 a 10 unidades, según los casos, hasta llegar al coma. Una vez producido, mantenemos al enfermo en ese estado durante dos horas, al cabo de las cuales le inyectamos de 20 a 80 cc. de suero glucosado al 30% por vía intravenosa, e inmediatamente después, apenas reintegrado, se le da su almuerzo.

Después de los primeros casos tratados, en que usábamos la sonda para llevar solución azucarada al estómago, preferimos la vía endovenosa para suspender el coma, porque es un método mucho más rápido, sencillo y seguro. Sólo en contados casos, en los comas prolongados, usamos también la alimentación por sonda.

Hacemos descansar a los enfermos un día por semana, y repetimos el número de shocks hasta que el estado mental del paciente revele una regresión más o menos completa o hasta que llegamos a la convicción de que el tratamiento ha fracasado. Si obtenemos una remisión, pasamos al enfermo a la tercera fase, en la cual le inyectamos durante algunos días 10 unidades de insulina.

Después de deducir de nuestras observaciones los casos que no terminaron la cura porque hicieron alguna afección, generalmente broncopulmonar o del tubo digestivo; los que fueron retira-

dos por sus familiares antes de terminarla, o los que una vez finalizado el tratamiento y después de remitir nos proporcionaban elementos de juicio que nos hacían dudar del diagnóstico, juntamos en dos años 170 observaciones que son las que insertamos en el cuadro siguiente.

En él anotamos el número de orden, las iniciales del nombre y apellido del enfermo, el sexo; la forma de la Esquizofrenia; la antigüedad de la afección al comienzo del tratamiento; el número de comas hipoglicémicos provocados, el número de ataques epilépticos; el número de días en que el enfermo ha sido sometido a la acción de la insulina (o sea el número de inyecciones colocadas); el número de horas en que el paciente ha estado en hipoglicemia; la dosis máxima de insulina usada en una sola inyección; la dosis media, o sea la cantidad de insulina con que el paciente caía en coma con más frecuencia; la cantidad de insulina usada en cada caso, y, por fin, el resultado obtenido. No consideramos necesario anotar el total de horas en que el enfermo ha permanecido en coma, porque habitualmente, como ya lo dijimos, suspendemos el shock dos horas después de iniciado.

En los cuadros siguientes separamos los casos de acuerdo con la antigüedad de la psicosis al iniciar el tratamiento, dividiéndoles en cuatro grupos: pacientes en los que la afección data de 6 meses o menos; aquellos en los que dura más de 6 meses hasta un año; un tercer grupo para los de más de un año hasta año y medio; y por fin aquellos cuya psicosis dura más de año y medio.

En cuanto a los resultados, debemos adelantar que estamos de acuerdo con los que opinan que aun no ha llegado el momento de hablar de curaciones. Los años transcurridos desde las primeras experiencias, no son suficientes como para que las impresionantes regresiones que en la actualidad observamos con la insulinoterapia en los esquizofrénicos, puedan ser calificadas como verdaderas y perdurables curaciones. En nuestros cuadros hablamos sólo de remisiones: totales, cuando la restitución psíquica es completa; sociales, cuando el paciente queda con algún defecto que no lo incapacita para vivir en su habitual ambiente familiar y recupera su capacidad pragmática; parciales, cuando la regresión no es su-

ficiente como para que pueda abandonar el Manicomio, y de resultados negativos, aquellos en que no se aprecia variación o ésta es tan pequeña que no merece ser considerada.

Observaciones generales.

La duración de cada una de las tres ya clásicas fases del tratamiento es muy variable. Así la primera, desde el comienzo hasta la aparición del primer coma, dura alrededor de 8 días; pero en nuestras observaciones tenemos casos límites de 2 días como mínimum, a 16 como máximum. (Observaciones Nº 16 y 20).

En la segunda fase tenemos casos límites con producción de 2 comas (Observación Nº 88 y 121), hasta 61 (Observación Nº 7). Por fin, la tercera fase la hemos hecho habitualmente corta, con el deseo de variar el ambiente de estos enfermos a la mayor brevedad posible, ya que son los que hacen remisiones.

La dosis máxima de insulina usada ha sido 140 unidades (Casos Nº 104 y 105), y la mínima para producir coma, 10 unidades (Caso Nº 66). Habitualmente, en nuestros enfermos, las dosis máximas oscilan entre 70 y 90 unidades.

Las cantidades medias de medicamento para continuar produciendo el coma, fluctúan entre 5 y 120 unidades (Casos Nº 66 y 130), pero las dosis más corrientes oscilan entre 20 y 60 unidades.

En nuestra casuística las dosis de insulina por inyección en general son bajas. Quaranta, anota cifras de 160, 180 y 190 unidades. Pacheco Silva y Toledo Ferraz, llegan en un caso a inyectar 230, y A. von Braunmuhl usa con relativa frecuencia 300 unidades.

Es verdad que cuando un enfermo no cae en coma con dosis relativamente altas de insulina, bajamos bruscamente la dosis, por ejemplo de 100 a 40 unidades, con el objeto de sensibilizarlo. Volvemos a subir la dosis en los días sucesivos, y en esta forma obtenemos el coma con cantidades bajas, con la consiguiente economía de medicamento y tal vez con menor peligro para el paciente. Posiblemente influye también, la calidad de la insulina empleada.

La dosis total de insulina usada, fluctúa entre 270 y 4185 unidades; pero las cantidades totales medias varían entre 1,000 y 2,000 unidades. Como es lógico suponer, los casos negativos son los que más medicamento han consumido.

No vamos a considerar ahora las múltiples modalidades psicopatológicas que se observan durante la cura insulínica, especialmente antes y después del shock, así como tampoco nos ocuparemos de las modificaciones funcionales del sistema nervioso central y del vegetativo. Por lo demás, estas modalidades y alteraciones han sido acuciosamente descritas y comentadas.

Complicaciones.

Nuestra experiencia no nos permite decir que la insulinoterapia es un tratamiento que no ofrece peligro. Por el contrario, hemos tenido frecuentes complicaciones en nuestros enfermos y nuestra estadística se ve ensombrecida con dos casos fatales. Si bien es verdad que los casos letales están entre los primeros que sometimos a tratamiento, no es menos cierto que aún en la actualidad, con más de doscientos tratamientos practicados, con relativa frecuencia tenemos shocks prolongados, a pesar de las precauciones que tomamos. Descontada nuestra lógica inexperiencia del comienzo, pensamos que hay pacientes muy lábiles a la insulina y en los que el tratamiento debe ser hecho con gran cautela.

Anotamos en nuestra casuística 16 shocks prolongados (8%) y que son independientes de la dosis de insulina inyectada. La observación atenta de los shocks puede en algunos casos hacer presumir la inminencia de esta desagradable complicación y evitarla con la medicación del caso: suero glucosado, betaxina, adrenalina, suero fisiológico, etc.

Las alteraciones de las vías respiratorias aparecidas durante la cura insulínica, si bien relativamente frecuentes, son en general de escasa importancia, ya que en la mayoría de las veces se trata de pequeñas bronquitis que pasan pronto. Sólo en dos casos tuvimos que suspender definitivamente el tratamiento en enfermos que hicieron inflamaciones pleurales.

Los trastornos gastro-intestinales no fueron ni intensos ni frecuentes, y habitualmente eran debidos a la exagerada ingestión de alimentos después del coma.

Consideramos también como complicaciones, la aparición de ataques epileptiformes generalizados que se presentan en la segunda hora de coma y especialmente cuando tienden a repetirse. Los evitamos, sin suspender el shock, mediante la inyección de 5 a 10 cc de suero glucosado hipertónico. Presentaron estos ataques 47 enfermos, uno de ellos (Obs. 112) hizo 7 accesos.

Mortalidad.

Tenemos que lamentar dos casos de muerte entre 170 esquizofrénicos (1,17%) sometidos a este tratamiento (Obs. 3 y 39). Pertenecían estos casos a la primera serie que tratamos y posteriormente, a pesar de que se han repetido los casos de coma prolongados, hemos sido más afortunados o previsores. En una publicación anterior damos amplios detalles y comentarios sobre estos dos casos.

En la literatura que hemos revisado, aparecen 1 a 2% de defunciones, lo que unido a nuestra experiencia, nos hace persistir en el concepto de que la cura insulínica debe ser siempre considerada peligrosa.

Recidivas.

Sebemos de 19 casos remitidos total o parcialmente, que han recidivado, lo que nos da una proporción de 21,84% de recidivas entre 87 pacientes dados de alta. La mayor parte se cuentan entre las remisiones sociales y entre los sub-agudos o crónicos. Dos de ellos fueron nuevamente sometidos a la acción de la insulina, obteniéndose en uno de ellos, una rápida remisión social; el segundo permaneció estacionario.

Resultados.

En los cuadros estadísticos vemos que en el grupo de agudos, con menos de seis meses de psicosis, de cincuenta y siete enfermos

tratados, aparecen 20 remisiones completas, o sea el 35,08% y 8 sociales, 14,03%, que nos da un total de 28 enfermos remitidos, o sea un porcentaje de 49,11%.

En el segundo cuadro, el de los sub-agudos, con seis meses a un año de enfermedad, tenemos 30 casos con trece remisiones completas, 43.33% y 4 sociales, o sea 13.33%. Aquí la proporción general de remisiones, 56,66%, es mayor que en los agudos. Esta diferencia ilógica, en apariencia, la atribuimos, como ya hemos insinuado, a nuestra severidad para aceptar el diagnóstico de esquizofrenia en los pacientes con poco tiempo de psicosis.

Sumando los resultados de estos dos cuadros, es decir, de los enfermos con menos de un año de psicosis, tenemos 87 tratados con 45 remisiones, entre totales y sociales, lo que da una proporción de 51,52%.

En 18 pacientes con uno a uno y medio años de enfermedad, tenemos sólo dos remisiones completas, 11.11%, y 5 sociales, 27,77%, con una proporción total de 38,88% de remisiones.

Entre 66 crónicos, con más de año y medio, tenemos 10 remisiones completas, 15.15%, y 12 sociales, 18,18%, es decir, un 33,33% de remisiones válidas.

De modo que en 84 esquizofrénicos crónicos, con más de un año de psicosis resulta una proporción de 34,51% de remisiones.

Considerando ahora las distintas formas de esquizofrenia, entre los que padecen de la psicosis menos de un año, tenemos 10 remisiones entre 15 catatónicos, el 66,66%; 13 remisiones entre 23 paranoides, el 56,61%; entre 20 de forma hebefrénica, 10 remisiones, o sea el 50%, y entre 29 casos de forma simple, 12 remisiones, el 41,37%.

Como se ve, los porcentajes más altos los observamos en las catatónicas y paranoídeas.

Número	Nombre	Edad	Sexo	Ant. Psic. heredit.	Ant. Psic. pers.	Forma	Antigüedad enfermedad	Comas	Ataques	Días de trat.	Horas bajo insulina	Dosis máxima	Dosis media	Unidades insulina	Resultado
1	E. del C.	34	F	Si	Si	Simple	8 ms.	49	0	57	216	80u	30u	1703	Negativo
2	M. V.	17	F	No	No	Simple	7 ms.	33	0	46	174	100u	40u	2065	Remisión completa
3	G. M.	23	F	Si	No	Paranoídea	2 años	5	0	11	33	80u	50u	548	Fallecida
4	V. J.	26	F	Si	No	Paranoídea	5 meses	23	0	42	167	80u	40u	1583	Remisión completa
5	O. L.	42	F	No	No	Simple	7 años	50	0	57	223	100u	40u	2420	Negativo
6	B. H.	19	F	---	---	Simple	6 ms.	35	1	55	210	100u	50u	2120	Remisión social
7	M. M.	35	F	---	---	Hebefrénica	4 ms.	61	0	51	202	80u	30u	2055	Remisión parcial
8	M. G.	19	F	---	Si	Hebefrénica	4 ms.	37	0	51	205	80u	40u	1862	Negativo
9	E. N.	20	F	---	---	Simple	8 meses	23	0	46	174	80u	30u	1199	Remision completa
10	D. P.	19	F	Si	---	Hebefrénica	2 a. 9 ms.	45	0	56	229	70u	40u	2163	Negativo
11	Z. T.	20	F	Si	Si	Catatónica	1 a. 5 ms.	21	0	43	144	80u	60u	2295	Remisión social
12	E. S.	22	F	Si	No	Paranoídea	9 ms.	16	0	25	104	50u	40u	845	Remisión completa
13	L. S. de O.	35	F	No	No	Simple	2 a. 6 ms.	48	0	55	223	40u	35u	1715	Negativo
14	U. R.	21	F	Si	Si	Simple	1 mes	33	0	46	177	70u	40u	1605	Remisión completa
15	A. A. de T.	34	F	Si	No	Simple	3 a.	50	0	59	238	55u	35u	2265	Negativo
16	E. G.	28	F	Si	No	Catatónica	2 a. 3 ms.	42	1	55	227	50u	25u	1580	Negativo
17	L. G. de O.	21	F	No	Si	Hebefrénica	6 meses	25	0	53	211	105u	70u	3130	Remisión social
18	N. Z.	35	F	---	No	Paranoídea	1 a. 5 ms.	45	0	53	237	50u	25u	1255	Negativo
19	A. O.	24	F	Si	Si	Catatónica	8 meses	25	0	43	178	50u	30u	1310	Remisión completa
20	A. S.	23	F	Si	No	Simple	2 a. 5 ms.	40	0	54	210	110u	55u	3170	Negativo
21	N. N.	30	F	---	No	Paranoídea	1 a. 5 ms.	46	0	54	232	45u	25u	1940	Negativo
22	G. F.	20	F	Si	Si	Simple	1 a. 6 ms.	31	0	51	212	50u	45u	2050	Negativo
23	N. M.	40	F	No	---	Paranoídea	6 ms.	27	0	39	137	50u	35u	1375	Remisión social
24	C. T.	26	F	No	No	Paranoídea	10 ms.	43	0	47	180	50u	40u	1725	Negativo
25	L. de la B.	26	F	No	Si	Catatónica	2 a. 6 ms.	26	0	52	199	100u	60u	2950	Negativo
26	B. M.	15	F	No	Si	Simple	5 ms.	32	0	62	237	120u	50u	3340	Negativo
27	A. J. de J.	28	F	No	Si	Paranoídea	1 año	17	0	40	142	120u	70u	2455	Remisión social
28	E. C.	20	F	Si	No	Catatónica	3 a. 3 ms.	23	0	40	160	60u	30u	1270	Negativo
29	F. B.	38	F	Si	Si	Simple	20 años	29	1	45	129	40u	25u	980	Remisión social
30	G. C.	19	F	No	No	Simple	1 año	27	0	45	162	100u	50u	2420	Negativo
31	A. H.	32	F	Si	Si	Paranoídea	8 ms.	21	0	26	107	30u	25u	565	Remisión completa
32	E. C.	21	M	---	---	Catatónica	5 ms.	26	0	43	165	70u	40u	1645	Negativo
33	J. Ll.	32	F	Si	Si	Simple	7 ms.	27	2	40	156	55u	40u	1385	Remisión completa
34	T. D.	22	F	Si	No	Simple	2 a. 6 ms.	52	0	49	173	120u	90u	3945	Remisión social
35	F. G.	26	F	No	No	Hebefrénica	3 ms.	19	0	32	124	45u	20u	685	Remisión social
36	C. V.	21	F	No	No	Simple	3 años	29	0	39	143	60u	45u	1650	Negativo
37	C. O.	20	M	---	---	Simple	1 año	28	0	48	180	95u	50u	2600	Remisión social
38	J. M.	27	M	---	---	Hebefrénica	3 ms.	9	0	17	66	50u	35u	620	Negativo
39	J. M.	19	M	Si	No	Catatónica	2 ms.	6	1	11	49	50u	35u	405	Fallecido
40	C. C.	26	M	---	Si	Simple	1 a. 1 ms.	38	0	45	184	90u	60u	2160	Negativo
41	F. O.	19	M	No	No	Paranoídea	2 ms. 15 ds.	12	0	24	85	45u	35u	695	Remisión completa
42	P. C.	24	M	Si	Si	Paranoídea	1 a. 6 ms.	22	0	42	155	70u	50u	1865	Remisión social
43	B. G.	23	F	No	Si	Simple	2 a. 3 ms.	19	0	41	141	110u	60u	2785	Remisión social
44	A. B.	28	M	Si	Si	Simple	1 a. 7 ms.	44	1	40	138	70u	40u	1400	Remisión social
45	C. G.	20	M	No	No	Hebef.-Cat.	4 meses	15	0	32	114	50u	30u	1140	Negativo
46	O. B.	26	F	No	No	Simple	7 a. 11 ms.	50	0	57	223	100u	40u	2400	Negativo
47	F. R.	33	F	Si	Si	Hebefrénica	2 años	24	1	45	129	30u	20u	985	Negativo
48	M. del C. M.	32	F	No	No	Simple	1 a. 15 ds.	16	0	20	76	30u	20u	393	Negativo
49	E. P.	17	F	No	No	Hebefrénica	9 ms. 15 ds.	5	0	23	74	60u	30u	705	Negativo
50	B. C.	20	F	---	---	Simple	8 meses	28	0	55	210	100u	40u	2120	Remisión social
51	S. C.	--	F	No	No	Simple	3 meses	26	0	36	137	80u	35u	1405	Negativo
52	B. M.	24	F	Si	No	Hebefrénica	1 mes	21	0	49	173	60u	35u	1750	Negativo
53	F. P.	22	F	Si	---	Simple	6 meses	27	0	34	130	80u	30u	1140	Negativo
54	V. C. de D.	26	F	No	No	Paranoídea	3 a. 4 ms	16	0	23	116	80u	35u	1395	Negativo
55	V. R.	21	F	No	No	Catatónica	3 años	21	0	32	114	60u	20u	975	Negativo
56	M. B.	36	F	---	No	Paranoídea	1 a. 5 ms.	48	0	53	210	45u	30u	1480	Negativo
57	M. S.	19	F	Si	No	Simple	4 años	17	1	26	95	60u	35u	995	Negativo

Número	Nombre	Edad	Sexo	Ant. Psic. heredit.	Ant. Psic. pers.	Forma	Antigüedad enfermedad	Comas	Ataques	Días de trat.	Horas bajo insulina	Dosis máxima	Dosis media	Unidades insulina	Resultado
58	M. A.	16	F	Si	No	Simple	1 a. 2 ms.	12	4	26	87	70u	40u	1100	Negativo
59	M. M.	23	F	No	Si	Hebef.-Cat.	3 años	26	0	43	165	90u	50u	2020	Negativo
60	G. M.	20	F	No	No	Catatónica	4 ms. 15 ds.	17	1	36	125	60u	30u	1125	Remisión social
61	R. C.	24	F	No	Si	Catatónica	7 a. 9 ms.	25	0	46	186	25u	15u	830	Remisión parcial
62	R. S.	18	F	Si	No	Catatónica	10 ms.	19	1	30	126	35u	20u	600	Remisión social
63	E. D.	18	F	Si	No	Catatónica	1 a. 4 ms.	20	0	32	119	40u	20u	625	Remisión completa
64	F. F.	22	F	Si	No	Catatónica	2 años	21	0	30	121	30u	20u	525	Remisión completa
65	D. C.	27	F	---	---	Simple	2 a. 4 ms.	40	0	54	198	20u	15u	930	Negativo
66	J. G.	27	F	Si	No	Simple	5 meses	41	1	52	198	10u	35u	275	Negativo
67	A. D.	27	F	Si	Si	Paranoídea	1 a. 3 ms.	16	0	30	106	40u	20u	605	Remisión social
68	M. R.	28	F	---	No	Paranoídea	2 meses	26	1	36	135	25u	15u	420	Remisión social
69	E. A.	29	F	Si	No	Catatónica	6 meses	27	0	55	192	35u	20u	740	Remisión completa
70	R. E.	32	F	Si	No	Simple	5 a. 3 ms.	26	4	41	150	35u	20u	1165	Remisión social
71	E. S.	24	F	Si	Si	Hebefrénica	7 ms. 15 ds.	15	0	25	104	50u	40u	845	Remisión completa
72	A. Q.	16	F	Si	No	Simple	2 a. 4 ms.	23	0	27	106	120u	50u	1450	Negativo
73	R. C.	55	M	No	Si	Hebef.-Cat.	8 años	16	0	19	84	70u	30u	530	Remisión completa
74	C. U.	23	M	No	No	Simple	6 ms.	8	2	26	88	65u	20u	610	Remisión social
75	O. C.	23	M	Si	Si	Paranoídea	4 ms.	22	0	36	133	60u	30u	995	Negativo
76	R. A.	23	M	Si	Si	Simple	4 años	17	0	40	136	96u	60u	2530	Negativo
77	A. C.	15	M	Si	No	Catatónica	3 ms.	10	1	39	127	100u	70u	2760	Negativo
78	P. J.	19	M	---	---	Catatónica	2 años	16	0	22	79	40u	25u	635	Negativo
79	R. A.	27	M	Si	Si	Catatónica	6 a. 7 ms.	23	0	33	122	85u	30u	1335	Negativo
80	J. N.	37	M	---	---	Hebef.-Cat.	3 años	11	0	17	66	50u	25u	625	Negativo
81	R. A.	19	M	Si	Si	Paranoídea	1 año	10	0	26	98	40u	25u	630	Remisión completa
82	A. M.	28	M	No	No	Paranoídea	8 a. 3 ms.	22	0	38	137	70u	35u	1320	Remisión social
83	A. M.	18	M	Si	No	Simple	3 a. 4 ms.	23	0	47	166	110u	50u	2345	Remisión completa
84	A. M.	21	M	Si	Si	Simple	2 a. 4 ms.	13	0	27	125	90u	50u	1685	Remisión social
85	A. S.	27	M	---	---	Simple	6 a. 2 ms.	36	4	65	241	90u	60u	4000	Negativo
86	A. G.	39	M	Si	Si	Paranoidea	1 a. 2 ms.	28	0	60	216	110u	50u	3500	Negativo
87	R. B.	18	M	Si	No	Catatónica	2 meses	4	0	15	49	90u	60u	800	Remisión completa
88	C. V.	28	M	Si	Si	Paranoidea	1 a. 3 ms.	2	2	37	138	100u	60u	2305	Negativo
89	T. K.	32	M	Si	Si	Catatónica	2 a. 6 ms.	20	0	50	178	80u	40u	2350	Remisión completa
90	J. H.	17	M	Si	Si	Hebefrénica	5 meses	9	1	27	104	100u	80u	1020	Remisión completa
91	C. F.	26	M	Si	No	Hebefrénica	5 meses	17	0	35	128	100u	80u	2290	Remisión completa
92	E. B.	26	F	Si	Si	Catatónica	2 a. 6 ms.	20	1	59	203	80u	60u	3450	Remisión parcial
93	H. A.	33	M	Si	No	Paranoídea	6 años	24	1	50	165	60u	40u	1410	Remisión social
94	A. A.	18	M	Si	No	Hebef.-Cat.	3 meses	28	0	53	191	100u	60u	3225	Negativo
95	D. A.	31	M	No	No	Simple	13 años	15	0	42	130	70u	30u	1370	Negativo
96	F. B.	30	M	Si	Si	Paranoidea	4 años	26	1	57	248	120u	70u	3400	Remisión parcial
97	R. C.	36	M	Si	Si	Paranoidea	8 años	6	0	19	84	70u	30u	530	Remisión completa
98	D. C.	38	M	---	---	Hebef.-Cat.	2 años	7	0	28	94	80u	60u	1570	Negativo
99	J. C.	29	M	No	Si	Paranoidea	4 años	29	3	37	145	50u	45u	1480	Negativo
100	R. G.	17	M	---	Si	Simple	1 año	27	0	44	172	110u	60u	3380	Negativo
101	D. G.	30	M	Si	---	Simple	5 meses	27	0	37	138	90u	80u	2520	Negativo
102	R. G.	17	M	Si	No	Simple	10 meses	10	1	42	140	90u	80u	2665	Negativo
103	G. G.	19	M	No	Si	Simple	1 a. 2 ms.	24	0	47	164	110u	80u	3025	Negativo
104	R. J.	30	M	Si	No	Hebef.-Cat.	1 mes	11	0	34	115	140u	80u	2370	Remisión completa
105	L. L.	22	M	No	Si	Paranoidea	2 años	16	0	39	135	140u	90u	2980	Remisión social
106	L. M.	19	M	No	Si	Paranoidea	5 meses	26	0	48	192	80u	60u	2315	Remisión completa
107	A. M.	19	M	Si	No	Simple	10 ms.	24	0	47	210	110u	50u	2350	Remisión completa
108	A. M.	22	M	Si	Si	Simple	8 ms.	13	0	41	144	90u	50u	1645	Remisión completa
109	T. M.	26	M	No	---	Paranoidea	1 a. 6 ms.	27	0	40	176	100u	50u	2160	Negativo
110	L. P.	27	M	---	No	Simple	1 año	29	0	43	198	80u	70u	2460	Negativo
111	T. S.	27	M	---	No	Catatónica	3 años	19	0	74	237	75u	70u	2360	Negativo
112	H. T.	22	M	Si	Si	Simple	2 años	23	7	56	218	80u	70u	3030	Remisión completa
113	C. S.	26	M	No	Si	Paranoidea	6 años	31	0	44	190	80u	60u	1660	Negativo
114	P. V.	27	M	No	No	Paranoidea	2 años	30	3	40	173	50u	40u	1460	Negativo

Número	Nombre	Edad	Sexo	Ant. Psic. heredit.	Ant. Psic. pers.	Forma	Antigüedad enfermedad	Comas	Ataques	Días de trat.	Horas bajo insulina	Dosis máxima	Dosis media	Unidades insulina	Resultado
115	J. V.	37	M	No	---	Paranoidea	6 ms.	29	3	39	170	70u	50u	1780	Negativo
116	R. B.	18	M	Si	No	Catatónica	2 ms.	4	0	15	855	90u	60u	800	Remisión completa
117	J. O.	22	M	No	No	Simple	2 ms.	25	0	32	122	80u	65u	1915	Negativo
118	G. M.	21	M	Si	No	Catatónica	1 a. 4 ms.	25	1	31	161	50u	40u	1040	Remisión parcial
119	J. B.	23	M	No	No	Simple	5 ms.	8	0	19	84	40u	20u	320	Remisión completa
120	M. L.	31	M	Si	No	Paranoidea	1 año	23	1	33	139	70u	55u	1670	Negativo
121	A. P.	37	M	Si	No	Catatónica	5 ms.	2	0	10	35	100u	80u	780	Remisión completa
122	R. P.	21	M	No	No	Simple	3 ms.	6	0	13	53	40u	30u	330	Remisión completa
123	H. R.	26	M	No	No	Paranoidea	12 años	24	3	31	149	40u	25u	830	Negativo
124	C. M.	30	M	No	Si	Paranoidea	4 ms.	24	3	34	152	80u	30u	1170	Negativo
125	R. R.	20	M	No	No	Paranoidea	1 ms.	13	1	30	135	80u	55u	1550	Remisión completa
126	H. U.	23	M	No	No	Paranoidea	5 ms.	23	3	33	142	70u	30u	1035	Negativo
127	A. A.	24	M	No	No	Catatónica	1 mes	24	3	38	160	40u	35u	1015	Remisión completa
128	R. S.	28	M	No	No	Catatónica	4 ms.	32	3	40	142	100u	70u	2810	Negativo
129	L. R.	31	M	---	---	Paranoidea	3 ms.	23	2	30	128	30u	30u	770	Negativo
130	J. P.	30	M	Si	No	Simple	7 años	18	0	38	152	120u	120u	3190	Remisión completa
131	L. B.	37	M	No	No	Catatónica	3 años	26	3	35	151	50u	30u	870	Remisión parcial
132	L. S.	22	M	No	No	Heber.-Cat.	3 meses	17	0	51	202	100u	80u	2930	Negativo
133	O. S.	39	M	No	No	Paranoidea	1 mes	22	0	28	130	50u	20u	650	Remisión parcial
134	A. S.	29	M	No	No	Simple	3 años	40	6	74	332	100u	60u	4160	Negativo
135	F. S.	28	M	Si	No	Simple	1 año	29	2	39	175	60u	30u	1200	Negativo
136	J. B.	22	M	No	No	Catatónica	1 mes	13	4	33	130	100u	70u	2230	Remisión parcial
137	J. A.	34	F	Si	---	Paranoidea	1 a. 4 ms.	14	0	58	117	50u	40u	1940	Remisión social
138	R. T.	51	F	Si	Si	Paranoidea	2 a. 2 ms.	13	0	67	201	50u	40u	2250	Remisión social
139	A. M.	26	F	Si	Si	Paranoidea	4 a. 6 ms.	24	0	34	163	40u	30u	1295	Negativo
140	N. C.	36	F	No	No	Paranoidea	6 años	22	0	28	138	40u	20u	600	Remisión completa
141	F. M.	30	F	---	---	Simple	7 meses	15	0	25	87	40u	20u	530	Remisión completa
142	A. A.	27	F	No	No	Hebefrénica	3 años	29	3	56	197	90u	70u	3440	Remisión parcial
143	E. G.	35	F	No	No	Paranoidea	1 a. 2 ms.	32	3	49	179	50u	30u	1565	Negativo
144	G. C.	18	F	---	---	Catatónica	5 ms.	31	0	42	157	50u	30u	1265	Remisión completa
145	C. S.	22	F	---	---	Catatónica	2 meses	34	1	43	163	60u	20u	1055	Remisión social
146	M. S.	30	F	Si	Si	Catatónica	5 ms.	33	0	43	162	40u	10u	440	Negativo
147	M. V.	24	F	Si	Si	Simple	9 ms.	26	0	48	170	80u	20u	1275	Negativo
148	Z. T.	24	F	Si	No	Catatónica	2 a. 5 ms.	41	0	61	224	100u	50u	2850	Negativo
149	J. S.	20	F	---	---	Hebefrénica	8 ms.	24	2	47	164	120u	80u	2640	Remisión completa
150	H. E.	14	F	Si	Si	Hebef.-Cat.	7 ms.	21	3	40	138	90u	40u	1695	Negativo
151	M. V.	20	F	No	No	Hebefrénica	2 ms.	15	0	40	120	90u	60u	1890	Remisión completa
152	G. V.	26	F	Si	---	Paranoidea	7 ms.	25	0	57	171	60u	50u	2140	Negativo
153	A. M.	35	F	---	---	Paranoidea	2 ms.	16	0	22	85	30u	25u	455	Remisión completa
154	J. A.	62	F	No	Si	Paranoidea	18 años	21	0	40	140	20u	20u	765	Negativo
155	M. M.	24	F	No	Si	Hebef.-Cat.	5 años	52	0	79	217	70u	60u	4185	Negativo
156	L. B.	33	F	No	No	Hebef.-Cat.	4 años	3	0	10	20	70u	60u	405	Remisión social
157	H. R. del C.	28	F	---	---	Paranoidea	3 ms.	7	6	18	16	90u	60u	900	Negativo
158	R. V.	24	F	Si	No	Hebefrénica	8 años	18	0	53	106	100u	90u	3780	Negativo
159	L. A.	25	F	Si	---	Catatónica	2 años	28	0	48	96	100u	80u	3115	Negativo
160	G. S.	24	F	---	---	Paranoidea	1 mes	18	0	26	52	40u	15u	495	Remisión completa
161	E. F.	20	F	No	No	Hebefrénica	5 ms.	12	0	24	48	65u	30u	770	Remisión completa
162	S. E.	19	F	---	---	Hebef.-Cat.	4 años	15	0	32	64	60u	40u	1125	Remisión social
163	F. V.	22	F	Si	---	Hebefrénica	7 ms.	4	0	13	26	100u	70u	690	Remisión completa
164	E. A.	46	F	Si	No	Paranoidea	4 ms.	10	0	16	32	70u	70u	870	Remisión completa
165	M. M.	39	F	No	No	Simple	3 años	9	0	15	30	60u	20u	500	Remisión completa
166	P. R.	23	F	No	---	Hebefrénica	8 ms.	10	0	15	30	80u	50u	660	Remisión completa
167	H. E.	14	F	Si	Si	Hebef.-Cat.	11 ms.	21	4	40	105	90u	40u	1705	Negativo
168	P. A.	20	F	No	No	Simple	3 años	9	0	40	92	110u	90u	3320	Remisión completa
169	G. S.	24	F	No	Si	Paranoidea	1 añ. 1 ms.	18	0	27	68	40u	15u	430	Remisión completa
170	A. M.	35	F	Si	Si	Paranoidea	2 ms.	8	0	12	31	30u	25u	270	Remisión completa

RESUMEN

CASOS TRATADOS 57

Casos en los que la evolución de la enfermedad data de 6 meses o menos

Forma	Simple	Hebefrénica	Catatónica	Paranoidea	Totales		Porcentaje
Rem. Completa . . .	3	5	5	7	20	35,08%	49,11%
Rem. Social	3	1	2	2	8	14,03%	
Rem. Parcial	0	1	1	1	3	49.12%	
Negativo	10	5	4	6	25		
Fallecido	0	1	0	0	1		
	16	13	12	16	57		

RESUMEN

CASOS TRATADOS 30

Casos en los que la evolución de la enfermedad data de 6 meses a 1 año

Forma	Simple	Hebefrénica	Catatónica	Paranoidea	Totales		Porcentaje
Rem. Completa . . .	4	4	2	3	13	43,33%	56,66%
Rem. Social	2	0	1	1	4	13,33%	
Rem. Parcial	0	0	0	0	0	43.33%	
Negativo	7	3	0	3	13		
	13	7	3	7	30		

RESUMEN

CASOS TRATADOS 18

Casos en los que la evolución de la enfermedad data de 1 año a 1 año y medio

Forma	Simple	Hebe-frénica	Cata-tónica	Para-noi-dea	Tota-les		Porcen-taje
Rem. Completa . . .	1	0	0	1	2	11,11%	38,88%
Rem. Social	1	0	1	3	5	27,77%	
Rem. Parcial	0	0	1	0	1	61,11%	
Negativo	2	0	1	7	10		
	4	0	3	11	18		

RESUMEN

CASOS TRATADOS 66

Casos en los que la evolución de la enfermedad data de más de 1 año y medio

Forma	Simple	Hebe-frénica	Cata-tónica	Para-noi-dea	Tota-les		Porcen-taje
Rem. Completa . . .	5	2	2	1	10	15,15%	33,33%
Rem. Social	5	2	0	5	12	18,18%	
Rem. Parcial	0	1	4	1	6	65,15%	
Negativo	13	7	9	8	37		
Fallecido	0	0	0	1	1		
	23	12	15	16	66		

Resumen de los resultados en los casos con evolución de enfermedad no mayor de 1 año, según las distintas formas

Forma	Simple	Hebefrénica	Catatónica	Paranoidea	Totales	Porcentaje	
Rem. Completa . . .	7	9	7	10	33	37,93%	51.52%
Rem. Social	5	1	3	3	12	13,79%	
Rem. Parcial	0	1	1	1	3	47,12%	
Negativo	17	8	4	9	38		
Fallecido	0	1	0	0	1		
	29	20	15	23	87		

Resumen de los resultados en los casos con evolución de enfermedad de más de 1 año, según las distintas formas

Forma	Simple	Hebefrénica	Catatónica	Paranoidea	Totales	Porcentaje	
Rem. Completa . . .	6	2	2	2	12	14,28%	34,51%
Rem. Social	6	2	1	8	17	20,23%	
Rem. Parcial	0	1	5	1	7	64,28%	
Negativo	15	7	10	15	47		
Fallecido	0	0	0	1	1		
	27	12	18	27	84		

El tratamiento por el Método de Von Meduna

El tratamiento ideado por Von Meduna, basado en el antagonismo biológico que existiría entre la esquizofrenia y la epilepsia, lo hemos usado sin variar la técnica de su autor. Colocamos dos inyecciones endovenosas por semana, aumentando las dosis hasta producir el ataque deseado. Hemos usado un buen número de veces el sistema de repetir la inyección a dosis mayor, inmediatamente después de constatada la no producción del acceso. Esta modalidad nos parece muy útil, porque además de permitirnos ganar tiempo en el tratamiento, disminuye el número y tal vez la intensidad de los fuertes shocks emotivos que siempre sufren los enfermos al recibir la inyección.

Trabajamos con el penta-metilen-tetrazol preparado entre nosotros por el Laboratorio Sanitas con el nombre comercial de Corazol, y los resultados en cuanto a la producción de la crisis, son idénticos a los del preparado alemán.

El acceso se produce entre 3 y 35 segundos después de la inyección. En la fase premonitoria de éste, observamos fibrilaciones de algunos músculos de la cara, especialmente de los párpados; luego una expresión de gran ansiedad, a veces con gritos, y con gran frecuencia un ligero acceso de tos. Luego en la fase tónica clónica aparece cianosis, respiración estertorosa, contracción tónica de los miembros, a veces opistótonos, apertura bucal y parpadeos; pronto se establece la fase clónica con emisión de orina en algunos enfermos. En la fase terminal, la respiración se hace profunda, aparecen en ocasiones movimientos coreoatetósicos, cambios bruscos de posición, sudoración abundante, salivación y midriasis. Habitualmente, el acceso no dura más de minuto y a él se sigue la recuperación de conciencia o un período de sueño crepuscular.

Nuestra casuística con el Corazol es pobre, pues sólo juntamos 41 casos. Además, debemos hacer presente que buen número de enfermos tratados habían sido anteriormente sometidos a la insulinoterapia con resultado negativo. Aun más, no siempre llegamos

Número	Nombre	Edad	Sexo	Ant. Psic. heredit.	Ant. Psic. pers.	Forma	Antigüedad enfermedad	Número de inyecciones	Número de ataques	Dosis máxima	Dosis media	Resultado	Tratamiento insulina	Resultado tratamiento insulina
1	L. P. D.	27	M	No	No	Simple	1 año	20	17	5½ cc.	3½ cc.	Negativo	Si	Remisión social
2	J. A. C.	29	M	Si	---	Hebefrénica	5 años	21	15	6½ cc.	4 cc.	Negativo	No	--------
3	R. C. R.	18	M	Si	No	Hebefrénica	2 ms.	25	12	7½ cc.	3 cc.	Remisión completa	No	--------
4	C. V. R.	29	M	No	No	Paranoidea	8 ms.	20	13	6 cc.	4 cc.	Negativo	Si	Negativo
5	P. V. O.	27	M	No	No	Catatónica	7 ms.	20	13	5½ cc.	4 cc.	Negativo	Si	Negativo
6	O. D. T.	24	M	Si	No	Hebefrénica	2 ms.	20	13	7 cc.	3 cc.	Remisión completa	No	--------
7	G. G. G.	19	M	No	Si	Simple	1 a. 9 ms.	18	7	7½ cc.	3 cc.	Negativo	Si	Negativo
8	A. N. P.	23	M	---	---	Catatónica	6 ms.	12	7	9½ cc.	4 cc.	Remisión completa	No	--------
9	J. O. S.	22	M	Si	Si	Catatónica	3 años	18	14	8½ cc.	4 cc.	Remisión social	Si	Negativo
10	C. P. P.	29	M	Si	No	Catatónica	10 ms.	12	11	9 cc.	4 cc.	Remisión completa	No	--------
11	E. F. R.	29	M	Si	Si	Simple	3 años	13	11	7½ cc.	4 cc.	Remisión completa	No	--------
12	H. de L. C.	17	M	Si	Si	Simple	2 años	10	10	7½ cc.	3½ cc.	Remisión completa	No	--------
13	E. A. P.	37	M	---	---	Simple	8 ms.	14	14	9½ cc.	4 cc.	Remisión completa	No	--------
14	J. de C. S.	18	M	No	---	Catatónica	1 a. 1 ms.	14	12	12 cc.	4 cc.	Remisión completa	No	--------
15	R. H. V.	19	M	Si	No	Hebefrénica	3 años	10	10	7 cc.	6½ cc.	Remisión completa	No	--------
16	J. B. H.	23	M	No	No	Simple	3 ms.	11	9	8½ cc.	6 cc.	Negativo	Si	Remisión completa
17	R. P. R.	21	M	No	No	Simple	9 ms.	12	12	8 cc.	6 cc.	Remisión completa	Si	Remisión completa
18	L. M. M.	19	M	No	Si	Paranoidea	1 mes	12	9	8 cc.	4 cc.	Negativo	Si	Remisión completa
19	H. R. R.	30	M	Si	No	Simple	2 ms.	10	10	6 cc.	6 cc.	Remisión social	No	--------
20	C. G. Z.	21	M	No	No	Simple	3 años	14	9	9 cc.	4 cc.	Remisión social	No	--------
21	F. S. O.	22	M	Si	Si	Simple	1 año	10	10	6 cc.	6 cc.	Negativo	Si	Negativo
22	G. M. A.	21	M	Si	No	Catatónica	1 año	14	14	6½ cc.	4 cc.	Negativo	Si	Remisión parcial
23	L. M. A.	18	M	Si	No	Catatónica	6 ms.	16	14	8 cc.	4 cc.	Negativo	Si	Negativo
24	M. J. R.	19	M	No	No	Hebefrénica	2 años	14	9	10 cc.	4 cc.	Remisión social	No	--------
25	L. S. S.	22	M	No	No	Catatónica	2 años	11	8	8½ cc.	4 cc.	Negativo	Si	Negativo
26	A. T. R.	25	M	No	No	Paranoidea	3 ms.	12	12	8½ cc.	6 cc.	Negativo	No	--------
27	R. S. S.	19	M	No	No	Simple	6 ms.	7	7	7 cc.	6 cc.	Negativo	No	--------
28	R. O. G.	26	M	Si	---	Simple	7 años	8	6	4 cc.	3½ cc.	Remisión completa	No	--------
29	A. M.	26	F	---	---	Simple	4 a. 6 ms.	15	9	8 cc.	4 cc.	Negativo	Si	Negativo
30	M. G.	21	F	---	---	Simple	2 a. 5 ms.	15	13	6 cc.	5 cc.	Negativo	No	--------
31	I. Z.	24	F	---	---	Simple	4 a. 3 ms.	15	12	8 cc.	5 cc.	Remisión parcial	Si	Negativo
32	L. M.	35	F	---	Si	Simple	3 ms.	15	12	6 cc.	5 cc.	Negativo	Si	Remisión completa
33	A. B.	--	F	---	---	Catatónica	3 ms.	13	12	6 cc.	5 cc.	Negativo	No	--------
34	L. S.	23	F	---	---	Hebefrénica	4 ms.	13	10	9 cc.	7 cc.	Remisión completa	No	--------
35	M. M.	22	F	---	---	Simple	5 años	15	15	6 cc.	5 cc.	Negativo	Si	Negativo
36	E. F.	20	F	---	---	Simple	4 ms.	4	4	5 cc.	5 cc.	Remisión completa	Si	Negativo
37	F. F.	22	F	Si	---	Hebefrénica	5 ms.	4	4	5 cc.	5 cc.	Remisión completa	Si	Remisión completa
38	A. N.	30	F	---	---	Catatónica	2 a. 1 mes	12	12	5 cc.	5 cc.	Negativo	No	--------
39	E. R.	28	F	---	---	Simple	2 ms.	15	13	8 cc.	5 cc.	Negativo	No	--------
40	R. E.	32	F	Si	Si	Paranoidea	6 años	10	9	7½ cc.	5 cc.	Remisión parcial	Si	Negativo
41	M. M.	34	F	Si	Si	Paranoidea	1 a. 1 ms.	15	10	8 cc.	5 cc.	Remisión parcial	No	--------

a colocar todas las inyecciones que deseábamos, por la franca y activa resistencia que los pacientes oponían al tratamiento. Más de uno se fugó para evitarlo, y no era excepcional que el paciente afirmara que prefería morir antes que continuar tratándose.

En el cuadro resumen que presentamos, anotamos el número de orden, las iniciales del nombre del enfermo, su edad, sexo, la presencia o ausencia de antecedentes psicopáticos hereditarios y personales, la forma de esquizofrenia, la antigüedad de la afección, el número de inyecciones colocadas, el número de ataques producidos, las dosis máximas y medias empleadas y el resultado obtenido. Las inyecciones colocadas por enfermo, fluctúan entre 4 y 25, por término medio 13; los accesos provocados de 4 a 17, habitualmente de 10 a 14. Las dosis de medicamento usadas por inyección, fluctúan entre 3 y 12 cc de sol. al 10 %, siendo 5 cc la dosis media habitual capaz de provocar acceso.

Entre las complicaciones que hemos observado anotamos un caso de fractura del cuello del fémur y una fractura escapular en plena articulación escápulo-humeral.

Pero la complicación más frecuente durante los accesos, pero felizmente benigna, es la luxación de la mandíbula que la hemos observado en 10 pacientes, todas de sexo femenino. Dos de ellas hacían habitualmente esta complicación a raíz de cada ataque.

Con frecuencia observamos que los pacientes sometidos al tratamiento de Von Meduna, presentan después de los primeros ataques reacciones favorables en su psiquismo, reacciones que no siempre se mantienen al continuar la medicación.

Entre los pacientes agudos obtuvimos en 15 casos, 6 remisiones completas, 40%, y una social, es decir un total de remisiones con 46,66%.

De 8 sub-agudos atendidos, sólo 3 remitieron en forma completa, 37,05%. Ambos grupos dan un porcentaje de remisiones de 43,46%.

Entre los 18 enfermos crónicos, con más de un año de psicosis, obtuvimos ocho remisiones entre completas y sociales, es decir, un 44,21%.

RESUMEN

CASOS TRATADOS 15

Casos en los que la evolución de la enfermedad data de 6 meses o menos

Forma	Simple	Hebe-frénica	Cata-tónica	Para-noi-dea	Tota-les		Porcen-taje
Rem. Completa . . .	1	4	1	0	6	40%	46,66%
Rem. Social	1	0	0	0	1	6,66%	
Rem. Parcial	0	0	0	0	0	53,33%	
Negativo	4	0	2	2	8		
	6	4	3	2	15		

RESUMEN

CASOS TRATADOS 8

Casos en los que la evolución de la enfermedad data de 6 meses a 1 año

Forma	Simple	Hebe-frénica	Cata-tónica	Para-noi-dea	Tota-les		Porcen-taje
Rem. Completa . . .	2	0	1	0	3	37,05%	
Rem. Social	0	0	0	0	0		
Rem. Parcial	0	0	0	0	0	62,5%	
Negativo	2	0	2	1	5		
	4	0	3	1	8		

RESUMEN

CASOS TRATADOS 2

Casos en los que la evolución de la enfermedad data de 1 año a 1 año y medio

Forma	Simple	Hebe-frénica	Cata-tónica	Para-noi-dea	Tota-les		Porcen-taje
Rem. Completa . . .	0	0	1	0	1	50%	
Rem. Social	0	0	0	0	0		
Rem. Parcial	0	0	0	1	1	50%	
Negativo	0	0	0	0	0		
	0	0	1	1	2		

RESUMEN

CASOS TRATADOS 16

Casos tratados en los que la enfermedad data de más de 1 año y medio

Forma	Simple	Hebe-frénica	Cata-tónica	Para-noi-dea	Tota-les		Porcen-taje
Rem. Completa . . .	3	1	0	0	4	25%	43,75%
Rem. Social	1	1	1	0	3	18,75%	
Rem. Parcial . . .	1	0	0	1	2	56,25%	
Negativo	4	1	2	0	7		
	9	3	3	1	16		

Resumen de los resultados en los casos con evolución de enfermedad no mayor de 1 año, según las distintas formas

Forma	Simple	Hebefrénica	Catatónica	Paranoidea	Totales		Porcentaje
Rem. Completa . . .	3	4	2	0	9	39,12%	43,46%
Rem. Social	1	0	0	0	1	4,34%	
Rem. Parcial . . .	0	0	0	0	0	56,52%	
Negativo	6	0	4	3	13		
	10	4	6	3	23		

Resumen de los resultados en los casos con evolución de enfermedad de más de 1 año, según las diferentes formas

Forma	Simple	Hebefrénica	Catatónica	Paranoidea	Totales		Porcentaje
Rem. Completa . . .	3	1	1	0	5	27,77%	44 21%
Rem. Social	1	1	1	0	3	16,44%	
Rem. Parcial . . .	1	0	0	2	3	55,55%	
Negativo	4	1	2	0	7		
	9	3	4	3	18		

Ya hemos indicado que parte del material usado en estas experiencias, especialmente entre los agudos, habían ya fracasado con la insulinoterapia, hecho que seguramente influye en estos resultados.

A pesar de que hace menos tiempo que usamos el método de Von Meduna que el de Sakel, las recidivas con la cardiazolterapia son ya mayores en proporción: en 41 casos contamos ya con nueve; hay pues, una proporción de 50% de recidivas.

No dudamos que en esto puede influir el escaso número de ataques provocados en cada uno de nuestros enfermos; pero descontando ese facto, tenemos la impresión de que con este método son menos duraderas las mejorías. Estamos convencidos de ello, lo mismo de que con el cardiazol con frecuencia se observa desde el comienzo, una declinación apreciable de la sintomatología esquizofrénica, declinación que con la insulina tarda más en presentarse. Estos hechos nos han movido a utilizar el cardiazol con la insulina en la forma siguiente: después de algunos ataques mediante el Corazol y una vez obtenida la mejoría de los síntomas mentales, tratamos de mantener, de fijar podríamos decir, este avance logrado, haciendo el tratamiento insulínico. De esta manera hemos conseguido algunas buenas remisiones más duraderas. A este sistema nos llevó precisamente la fugacidad que observamos en las remisiones por el cardiazol.

Enfermos sometidos a ambos tratamientos.

En pacientes que habían fracasado con el método de Sakel o de Von Meduna, o que recidivaban después de un tiempo de remisión con cualquiera de ellos, probamos de someterlos al otro tratamiento. En el cuadro resumen sobre cardiazolterapia, anotamos los casos que han recibido ambos tratamientos. Juntamos así 19 casos con el siguiente resultado:

2 remisiones con cardiazol y negativas con insulina;

4 negativas con cardiazol y remisiones con insulina;

2 remisiones con cardiazol y remisiones con insulina, y

11 negativas con cardiazol y negativas con insulina.

No hacemos más que enunciar estos resultados, sin pretender deducir conclusiones de ellos.

Método de Klaesi

Hemos ensayado también, en pequeña escala, el método de Kläsi, o de seminarcosis permanente, para el cual usamos la técnica del Prof. Mayer, con ligerísimas variantes impuestas por las circunstancias. Durante 8 días mantuvimos a 5 enfermos en sueño mediante este método, sin otra alimentación que enemas e hipodermoclisis frecuentes de suero fisiológico y glucosado. En nuestros 5 casos, el resultado fué francamente negativo. Posteriormente, uno de estos enfermos hizo una remisión completa con insulina y en dos de ellos obtuvimos también, remisiones buenas con el Corazol. Se trataba de 3 catatónicos y 2 paranoídeos. Remitieron con los tratamientos posteriores, los 3 primeros.

El resultado negativo de este ensayo, unido a las grandes dificultades que importa la atención médica constante durante el tratamiento, nos indujeron a abandonar el método.

La malarioterapia en la esquizofrenia.

Más antigua y poco acreditada, la malarioterapia en la esquizofrenia, preocupa poco en la actualidad a los psiquiatras. Pensamos que los modernos métodos de tratamiento, han contribuído en parte, a hacer olvidar el de la fiebre malárica, tratamiento que a nuestro juicio no debe ser despreciado.

Siguiendo a los autores italianos, en 1931 comenzamos a usar diversos métodos piretoterápicos en la esquizofrenia. De estos, los que nos dieron mejores alzas térmicas, fueron la vacuna antitífica de Meyster Lucius, en inyecciones endovenosas a dosis crecientes, y la malaria benigna. El Dr. Peralta, resumió en 1936, los resultados obtenidos con la impaludación en los esquizofrénicos. 163 enfermos de distintas formas fueron sometidos al tratamiento. Entre 82 enfermos, se produjeron 15 "mejorías manifiestas", que per-

mitieron su salida al medio social; es decir, hubo remisiones válidas en un 18% de los casos. Pero considerando que sólo había entre este material, 24 pacientes con menos de un año de enfermedad, el porcentaje de remisiones en estas últimas sube a 62,5%.

Entre 81 hombres, obtiene Peralta, un 12% de remisiones. Ahora bien, tomando en cuenta sólo los enfermos con menos de un año de psicosis, 18 casos, el porcentaje se eleva a 55,5%.

Estudiando en estos últimos meses un nuevo grupo de 76 esquizofrénicos malarizados, anotamos 11 remisiones completas, 21 remisiones parciales, 43 casos sin variación y 1 deceso. Entre los casos cuya afección data de menos de un año, anotamos 9 remisiones completas, 15 parciales y 14 negativos, en un total de 38 esquizofrénicos. Tenemos, pues, los siguientes porcentajes: 23,68% de remisiones completas, 39,47% de remisiones parciales y 36,84% de resultados negativos. Es decir, que gracias a la cura malárica volvieron a su vida social anterior 24 enfermos, o sea un 63,15% de los sometidos a este tratamiento.

No estamos en condiciones de proporcionar cifras exactas sobre el estado actual de todos estos pacientes tratados; sabemos que en número no pequeño han vuelto a caer en psicosis, pero también hemos observado varios que continúan en buenas condiciones de salud mental después de 3, 4 y hasta 6 años de tratados.

En lo que se refiere a la forma de esquizofrenia, nuestras estadísticas señalan un número mayor de remisiones entre las formas simples con 15 casos, después las catatónicas y hebefrénicas con 4 cada una y sólo una remisión de la forma paranoídea.

De modo que, sumando los datos de Peralta, con los nuestros, llegamos a la conclusión de que en un total de 80 esquizofrénicos con menos de un año de psicosis, tratados con malaria benigna, se ha obtenido alrededor de 61% de remisiones válidas. Estos hechos nos hacen pensar que la malarioterapia en el tratamiento de la esquizofrenia no debe ser abandonada, ya que los resultados obtenidos se pueden parangonar sin desventaja, por lo menos en nuestras observaciones, con los que dan los métodos de Sakel y Von Meduna.

Debemos dejar constancia, de que estos malarizados no han estado bajo nuestro control directo; tanto los diagnósticos como los tratamientos han sido efectuados por otros colegas del Manicomio. Nuestra labor en este caso, se ha limitado a estudiar las observaciones y deducir de ellas los datos estadísticos anotados.

Los enfermos tratados recibieron de 8 a 12 alzas térmicas.

Consideraciones generales.

Al comentar en general los métodos de Sakel, Von Meduna y el de la malaria en el tratamiento de la Esquizofrenia, debemos repetir que, a nuestro entender, no podemos todavía hablar de curaciones definitivas por estas terapias. Así nos lo aconsejan los poquísimos años de observación de las remisiones obtenidas, las recidivas frecuentes y las no escasas remisiones espontáneas que presenta la entidad mórbida que pretendemos dominar.

Está muy lejos de nuestro ánimo el querer restarle valor a estos métodos; por el contrario, abrigamos la convicción de que ellos han contribuído eficazmente a hacernos estudiar más y comprender mejor la por muchos conceptos enigmática Esquizofrenia. Por otra parte, los alienados que gracias a Sakel y Von Meduna, han vuelto a la vida corriente, auguran a estos sabios, puestos de honor en la historia de la Psiquiatría. Así pues, sólo queremos manifestar que en terapéutica psiquiátrica es aconsejable la cautela y que sólo la experiencia a lo largo de los años podrá decidir de modo definitivo sobre el valor de los métodos en estudio.

Además, en la actualidad no son excepcionales los casos de pacientes con sintomatología típica esquizofrénica, cuyo cuadro mental cede ante un tratamiento específico bien llevado o después de una intervención quirúrgica adecuada. Estos cuadros, a pesar de los excelentes trabajos de Manz, al respecto, no siempre pueden ser clínicamente diferenciados de la Esquizofrenia-enfermedad, y si no se hace el tratamiento etiológico, pasan a la cronicidad.

Dicho esto, veamos las ventajas e inconvenientes de los métodos estudiados: el tratamiento de Sakel, nos da un buen porcenta-

je de remisiones y éstas son más duraderas que en los otros. Lo recomendamos, especialmente en las formas paranoídeas y catatónicas de la Esquizofrenia. Recordemos, que debe hacerse siempre en locales especiales y con personal idóneo, a pesar de lo cual no deja de ser un tratamiento peligroso.

La Cardiazolterapia, más sencilla y sin peligros para la vida del enfermo, no ha dado en nuestras manos los maravillosos resultados que obtienen otros psiquiatras. Nos parece excelente para comenzar el tratamiento de los esquizofrénicos y continuarlo después con insulina. Un buen porcentaje de las remisiones vuelven a caer en psicosis y nos ha sido difícil provocar muchos ataques en un mismo enfermo, por la invencible resistencia que éstos oponen a la inyección. La psicoterapia, que debe ser contemporánea con todos estos tratamientos, es ilusoria en este método por la razón ya anotada. Los mejores resultados se obtienen en las formas hebefrénicas y catatónicas.

La malarioterapia en la Esquizofrenia, proporciona en nuestro Manicomio Nacional, un excelente porcentaje de remisiones y ha demostrado ser más eficaz en las formas simples. Las recidivas parecen ser numerosas. Pensamos que conviene insistir en este método, aumentando el número de accesos febriles.

Hechas estas breves consideraciones, y para terminar, queremos decir que para nosotros no existe en la actualidad un tratamiento de la Esquizofrenia, sino varios tratamientos con sus ventajas e inconvenientes y especiales indicaciones, que permiten actuar al psiquiatra con esperanzas de éxito. Y por fin, que algunas de estas terapias, con las modificaciones que imponga la experiencia, o tal vez, otra derivada de las enseñanzas que de éstas obtendremos, nos permitirá en días no lejanos, triunfar de este terrible azote de la humanidad, que llamamos Esquizofrenia.

Deontologia en la práctica del servicio social

Por el Prof. Dr. Guillermo Fernández Dávila

DEONTOLOGIA EN LA PRACTICA DEL SERVICIO SOCIAL

Por el Prof. Dr. Guillermo Fernández Dávila

Es incuestionable que conforme las Ciencias Médicas avanzan, en su incansable anhelo de cosechar nuevos triunfos para procurar la salud y prolongar la vida del ser humano, muchos de los principios que normaron el ejercicio de la medicina en los tiempos que nos han precedido, tienden igualmente a restringirse en sus limitaciones, y tienden de igual manera, aunque en forma sólo aparente, a trasmutarse en nuevos principos más acordes con el momento actual de la Ciencia.

Hasta las postrimerias de la pasada centuria, el médico actuaba, en el cumplimiento de sus deberes profesionales, con una relativa independencia y aun en un relativo aislamiento, pues prestaba su atención profesional, con absoluta prescindencia de los colegas y también retrayéndose de todo afán corporativo, aun cuando fuera dentro de las mismas instituciones benéficas, de auxilio humanitario, a las que perteneciera.

En épocas pretéritas, — como afirmáramos en un trabajo hace años publicado (1): "el médico lo era todo; aislado en la **turris** "**ebúrnea** de su sapiencia y de su experiencia, se bastaba a sí solo "para procurar el bien y combatir la enfermedad; la época así lo "obligaba, la tradición así lo conservaba, la incipiente civilización "así lo imponía".

Y por eso, por aquel entonces, los moldes deontológicos del médico, cimentados en aquel sublime juramento de HIPOCRATES

y plasmados, posteriormente, por doctrinas que se afirmaron más y más, tomaron el aspecto de lo inmutable y de lo concluyente; la Moral Médica, hermética y absoluta, parecía eterna y daba la sensación de que nada, con el correr de los tiempos y el avanzar de la Ciencia, podría, ni osar siquiera, modificar aquello que se mostraba hecho como de un solo bloque, inaccesible, inconmovible, intangible.

Mas con el devenir de los años y conforme la Ciencia Médica abandonaba sus antiguos límites y sin olvidar su carácter netamente humano, trataba de romper cercos que la esclavizaban y procuraba, sobre todo, el hacerse accesible a todos, e igualmente a todos generosa; conforme, desde los preludios de la centuria en que vivimos, tendía a desarrollarse con un dinamismo, que hasta violento parecía, procurando generalizarse, prodigarse, extenderse, actuando a favor de todos y con todos los métodos que a diario se confirman, entonces la actuación aislada del médico no pudo continuar así; su valor tenía que ejercitarse conjuntamente con otros colegas, porque la especilización se fincaba y obligaba a limitarse, en homenaje a la profundización. Para hacer un diagnóstico y para aplicar una terapia, tenían obligadamente que intervenir varios profesionales y tenían que ejercitar sus conocimientos especializados varios colegas.

Y qué diremos de los avances de la moderna Medicina Social, que haciendo vívida y más cristiana la noble esencia de la Caridad, se trasmutó, primero, en la Asistencia Social más perfecta y más garantizada, y, posteriormente, en los Seguros Sociales, la victoria más completa de los principios político-sociales que dominan en el mundo?

Todo ello tenía que reflejarse, indiscutiblemente, sobre la Moral profesional, mostrando al principio aparentes, aunque flagrantes claudicaciones de la Etica Médica. La Deontología del médico moderno, ante el embate de estas transformaciones, tenía que claudicar o, por lo menos, hacer menos herméticos algunos de sus principos.

No implicaba ello la formación de una Moral nueva, porque "la moral es única en su esencia, absoluta y universal" (2); pero

si su adaptación al momento presente, se imponía con dejo perentorio, marchando al paso y al mismo compás, que la Ciencia Médica con sus adelantos le marcaba.

Se ha dicho y se afirma, que la Moral es variada, en el tiempo y en espacio; que existen tantas éticas, cuantas marcan una época y perfilan una comarca. Pero quienes así sostienen, confunden la esencia misma de la Moral, que repetimos, es **única, absoluta** y universal; lo que se confirma es que ella se amolda a la etapa del correr del tiempo en que existe y al confín de espacio en que se ejercita; son modalidades, aparentemente diversas, pero de una misma naturaleza, de una idéntica, de una misma nucleación básica.

Ya aquel tan discutido MARAÑON, nos decía al respecto: "Vi- "da nueva supone, ante todo, moral nueva. Medicina nueva, "moral médica nueva también. Los cambios más aparato- "sos en la superficie de las cosas humanas, no son más que teatra- "les simulacros, si previamente no se ha dislocado la ética antigua, "en lo íntimo de la crisis revolucionaria. Claro es que al hablar de "moral médica, nos referimos sólo a modalidades nuevas y progre- "sivas, en la interpretación de principios que son y serán eternos: "el bien y el mal. Eternos, aunque eternamente desconocidos por "la Humanidad". (3).

Hace diez años, que igualmente nosotros afirmábamos: "No es "que tratemos de renegar de nuestro pasado, en aras de una moral "novedosa, claudicante y desconcertadora. Nó; es que sólo tra- "tamos de amoldar la ética nuestra, a una nueva faceta de nuestro "convivir profesional, marcada en norma perentoria y obligada en "forma ineludible, por las modernas exigencias del ejercicio de la "profesión médica en los tiempos que corren". (4)

Y en ese mismo trabajo copiábamos estos párrafo de un erudito escritor español: "Es, en efecto, evidente, que la mentalidad "ética del médico de hoy, está lejos de la sublimidad de los gran- "des gestos y de las ampulosas palabras con las que aun se teoriza "en gran parte; y si hay una resistencia instintiva a descubrirlo y "a aceptarlo, es porque tal vez se tema, al hacerlo, atentar contra "la propia dignidad, contra la virtud de nuestra profesión. Y es- "te temor es vano. La nueva moral pragmática, más flexible, más

"humana, más real, encierra también, como la encerró la moral "romántica en su tiempo, los valores eternos que forman el esque-"leto de todas las éticas, y encierra tal vez más que su predeceso-"ra, el sentido de dignidad del oficio, de exigencia del bien ha-"cer y del bien crear, que reúne los dos conceptos, antagónicos, "del honor y de la eficiencia, que es, en suma, el más íntimo impe-"rativo de la ética médica". (5)

Tal, igualmente, el principio que como base sostenemos: la Deontología Médica no ha sufrido con la instalación de los Seguros Sociales, en las modernas normas de la asistencia profesional. Ella se ha amoldado a tales exigencias, ha curvado en algo la inflexibidad que antaño dominaba, se ha plasmado mejor sobre estos nuevos moldes. Pero en su esencia es siempre la misma, y ello precisamente debemos aspirar y agradecer, pues nada más pernicioso que las mutaciones fáciles y constantes, de aquello que debe ser rígido y eterno: la Etica profesional. De no hacerlo así, nos quedaríamos rezagados en el camino, en un afán conservador que a nada conduciría y que sería peligroso, pues nos obligaría a vivir, con pautas desusadas, en un ambiente de progreso evidente.

Es por ello, que al desarrollar esta Ponencia, que con muy atinado juicio ha planteado la Comisión Organizadora de las "Segundas Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas", pues enfila hacia una cuestión de enorme trascendencia y virgen hasta ahora de anteriores disquisiciones, lo he hecho enmarcándolo dentro del terreno de la Medicina Legal, esa disciplina de nuestro espíritu.

Desde luego no nos aventuraremos a decir todo lo que es y todo lo que significa, en la moderna asistencia médica, aquello que se denomina los SEGUROS SOCIALES; tanto sobre ello se ha escrito, antes y ahora, aquí y en otros países, por firmas de valente significación, que sería insólito añadir algo más.

Es por ello que a continuación solamente desarrollaremos, en forma de breves acápites, las diferentes facetas de la DEONTOLOGIA MEDICA, incluída en ella y desde luego la Diceología, tratando de analizarlas, precisamente, como dice el tema, en la práctica del SERVICIO SOCIAL.

Ello nos permitirá, como complemento, establecer conclusiones, que en forma de Votos brindaremos a esta Asamblea.

Ejercicio Profesional y Seguros Sociales

El ejercicio de la medicina, en su aspecto deontológico, ha ingresado con motivo del establecimiento de los Seguros Sociales, por un camino por el que ya, aunque en forma más restringida y particular, se había iniciado con la implantación de las instituciones privados de auxilios mutuos y con las mutualistas de carácter oficial. Y ello ha creado, desde luego, una serie de cuestiones, que pasamos a examinar sucesivamente.

La primera cuestión planteada, ha sido aquella referente a la merma, para muchos real e indiscutible, de la clientela particular, que los médicos han sufrido en desmedro de sus intereses; pues, buen número de enfermos, dejaron de acudir a los consultorios o no demandaron ya sus visitas profesionales, porque se acojían a los beneficios que les otorga la cuota periódicamente pagada, abonada en el Seguro Social conjuntamente con el patrono y el Estado.

Desde luego tienen razón los que así afirman, pues defienden el derecho que les asiste a una clientela pagada, aquellos que se dieron, con su propio pecunio y sus esfuerzos, una profesión liberal que en el resto de su vida tiene que constituir su modo de vivir y de progresar en la profesión. Pero juzgamos, al menos aplicándolo a nuestro país, que tal crítica es más aparatosa que real, aunque evidente; pues la gran masa de enfermos, que ayer se cobijaron al amparo de una institución de carácter humanitario y hoy lo hacen acogiéndose a los beneficios del seguro social, está constituída por aquellos mismos pacientes, que ayer y que hoy, colman las salas de los hospitales de asistencia gratuita, haciendo imposible, o por lo menos difícil, una asistencia médica científica y bien controlada, y todo ello sin dejar ningún provecho, aunque fuera en forma mínima, para subvenir a los gastos que esa asistencia demandaba.

No eran, ni son, por lo tanto, clientes que se escapaban y se escapan a la consulta y a la asistencia domiciaria abonada, los que merman con ello el libre ejercicio de la medicina; eran y son los mismos pacientes, que sin más derecho que el imploro de la Caridad, pletorizaban los hospitales, creando hasta una corruptela, pues muchos de ellos se encontraban en condiciones, por los medios económicos que tenían, de abonar, aunque en forma pequeña, algo para aliviar la pesada carga de las sociedades de beneficencia.

Algo más; un no reducido número de estos enfermos, reuía ingresar a los nosocomios gratuitos, por razones diversas, dimanadas unas de un mal entendido amor propio, otras de un prejuicio que la populachería incentiba; y como no tenían el suficiente dinero para demandar una asistencia médica pagada, procuraban el alivio de sus males, o bien cayendo en manos de los empíricos, o bien acudiendo a las recetas, que farmacéuticos poco escrupulosos, les proporcionaban, o simplemente recurriendo a la nefasta medicina casera. Todo ello hacía prolongar y agravar las dolencias, haciendo después más difícil y más costosa la curación, cuando se lograba salvar una vida, así tan intensamente amenazada.

Es por todo ello necesario desvanecer este prejuicio que, como repito, es más aparente que real, al menos en lo que al Perú se refiere; ello solo ha provocado una reacción ilógica y tardia, de aquello que ya existía entre nosotros y que, indudablemente, ha existido en otros países, por las infinitas sociedades de auxilio mutuo, que medraban a vista y paciencia de todos.

Los Seguros Sociales garantizan una asistencia médica, creando un derecho en el sujeto, merced a un estímulo pecuniario pequeño, que nunca le hubiera bastado para acudir a una asistencia pagada íntegramente; estímulo que por pequeño tiene, precisamente, que apuntalarse con la cuota del patrono y el apoyo del Estado.

La asistencia médica con ello, se generaliza y se asegura, porque se tamiza en forma racional. El indigente, pobre de solemnidad y sin recurso alguno, encuentra en el hospital gratuito el modo de aliviar y de curar sus males; el trabajador, que tiene un medio económico, logra lo mismo en nosocomios especiales, creándose

un derecho con el seguro social; y el que tiene mayores medios de fortuna, es libre de demandar asistencia en la forma que desee y con quien quiera, por que la elije y la paga. Tal vez si en esta diferenciación de poderes y de quereres, se escapa aquella clase intermedia, la mesocracia, formada por los empleados de poca renta, tanto al servicio del Estado, como de instituciones particulares; pero ello tiende a remediarse, creando para los primeros servicios y mutualistas especiales, y, para los segundos, organizando en los hospitales de beneficencia, secciones en las que, con tarifas reducidas, se les preste una asistenciaz eficiente.

No creemos, por lo tanto, que el Seguro Social tienda a mesquinar nuestra profesión y a reducir nuestros ingresos; el ejercicio de la medicina sigue con el mismo ritmo que antes, con las mismas exigencias y con las mismas posibilidades; únicamente la asistencia tiende a organizarse, a generalizarse y a encausarse por las vías en las que ella se hace más científica y de mayor eficiencia. Y precisamente, el establecimiento de los Seguros Sociales, presta nuevas cauces de actividad para el médico joven, lo que, como veremos más adelante, eso sí que debe contemplarse con todo detenimiento.

Como se vé, a este respecto la Deontología Médica no ha tenido, ni tiene, que resolver ningún conflicto de conciencia, ni ningún problema de intereses. Solo, y únicamente, se ha amoldado a esta nueva modalidad del ejercicio profesional, de la que se derivan más bien y lo repetimos y así afirmaremos después, ventajas muchas para el gremio médico.

Cuestión segunda que se ha agitado en este mismo campo, ha sido la concerniente a aquello que se ha dado en decir, con un tono grandielocuente y hasta epopéyico: la medicina ha dejado de ser ya, como antaño, un sacerdocio, cuyo ejercicio sublimaba al médico hasta los límites de la divinidad; es solo ogaño, un obrero, mercantilizado en su práctica, esclavizado en su subordinación.

Mas señores, es conveniente no dejarse alucinar con palabras, que si aparentemente nos convencen por la floración embriagado-

ra de sus conceptos, nos ponen bien pronto, a costa de meditar un poco, en el plano evidente y real del momento en que vivimos.

Ya en trabajo, varias veces mencionado, decíamos en 1928, al hacer un cuadro comparativo entre los médicos que fueron nuestros abuelos y los que bregamos en la actualidad: "Una obligada "mutación de conceptos, de valores, de procedimientos, ha coludi- "do a nuevas formas; e impele a todos, por muy conservadores que "se sientan, a desplazarse por nuevos cauces, si en verdad más "prácticos, no, por desgracia, más sinceros. Vivimos una época "en la que el engranaje de la ruda faena diaria, nos aprisiona a "todos y muy raro será el recalcitrante que logre escapar a los "caprichos, o mejor, a los imperativos de la hora actual". (6)

Hoy la asistencia médica tiene, obligadamente, que hacerse en acción conjunta con otros colegas, que auxilian nuestro criterio y complementan nuestra acción curativa; hoy el equipo viene constituyendo el núcleo necesario para una asistencia honradamente eficiente; hoy la subordinización tiene que ser inexcusable, como lo ha sido siempre, porque sólo constituye escala de jerarquías que la experiencia y el tiempo imprimen a cada uno, descartando poco a poco jefes y aumentando subordinados.

Depender de alguien que nos brinda sus enseñanzas y el fruto de su experiencia, es algo que debemos agradecer y ojalá mañana, podamos nosotros pagar, con igual moneda, a aquellos que se hallen bajo nuestro cuidado. Ello no quiere significar esclavización, pérdida de libertad profesional, desmedro de personalidad; no, es solamente cooperación, colaboración, en que cada uno da lo que por entonces tiene,—que al principio es más recoger que dar, — todo en la conjunción de un solo ideal y una sola aspiración: aliviar al ser que sufre.

La Deontología aquí tampoco creemos que haya sufrido nada, con la implantación de estos servicios colectivos; la aplicación de los principios éticos se hará, primeramente, colectiva también y, después, individual. La subordinización, por otro lado, permitirá hacer más y más eficiente la labor, por la conjunción de facilidades y de medios.

Cábeme indicar aquí, con gran satisfacción como peruano, que la Asociación Médica "Daniel A. Carrión", supo traducir todo ésto, en forma clara, amplia y acorde con el criterio moderno dominante, en las conclusiones a que arribó en el Ciclo de Conferencias dictadas en 1935 por varios de sus asociados, a las que, para mi pesar, no pude asistir como hubiera querido, porque por entonces, — precisamente meses de noviembre y diciembre, — viajaba por el extranjero. Allí, en ese memorial que se elevara al Poder Legislativo, cuando la Ley del Seguro Social se discutía, se contemplaba todo lo que el gremio médico aspira, aceptando, — como no podría dejar de hacerlo, — como "una necesidad social la organización de un sistema de seguros de asistencia y previsión" y solicitanto en primer lugar, y sobre todo, la intervención del médico en la confección de esas leyes e igualmente en la organización, la dirección y el funcionamiento de estos institutos.

En ese mismo cuerpo de doctrina se establece también, el **derecho de elección del médico por el paciente,** inscrito en los Seguros Sociales. No por ser gente de labor y de limitada cultura, puede contreñirse su personalidad humana y debe dársele este privilegio; pero como, por desgracia la regla absoluta crearía corruptelas, que irían en perjuicio del cuerpo médico y también de los demás asegurados, en el citado memorial se indicaba que "esta libre elección "puede ejercitarse hasta un límite proporcional entre el número de "los asegurados y el de médicos inscritos, bajo el control de las ins- "tituciones médicas agremiadas". Rubricamos este criterio, necesario de establecer de anticipado y con toda claridad, pues de lo contrario sería fuente de abusos sin fin.

El **derecho de curar** es cuestión que también se roza con la aplicación de la Deontología médica, en el campo de los Seguros Sociales Dilucidar este problema médico-jurídico, sería largo aquí; pero solo dejaremos establecido, que la libertad humana al respecto debe siempre primar, aunque en el presente caso, tiene sus limitaciones, impuestas precisamente, por la clase de actividades en que se desarrolla.

Desde luego, el hecho de un sujeto, al inscribirse en los Seguros Sociales, trae ineludiblemente como consecuencia una relativa

claudicación, porque al solicitar atención para sus dolencias, acepta, desde luego, las imposiciones de tal o cual terapia. Si se trata de un tratamiento, de aquello que damos en llamar de órden médico, la cuestión es simple y sin dificultad alguna, pues, todo paciente acepta los remedios que se le propinen para mejorar o curar sus achaques; mas, cuando ingresamos al campo de la cirugía, sobre todo cuando de ella se deriba algún acto mutilante, entonces, indudablemente la cuestión acrece en dificultad. Aquí cabe la consulta y la adquicencia del paciente, o mejor del pariente más próximo, pues el enfermo encuentra muchas veces su conciencia nublada por la dolencia misma; ello es concluyente y conveniente, para la mejor convivencia entre el asegurado y el cirujano. Pero cuando la causa morbosa, es de aquellas no dan tiempo para acto alguno, sin grave perjuicio para el mismo sujeto, entonces no cabe consulta alguna, y el cirujano debe operar sin escrúpulo alguno. El simple hecho de que el paciente haya solicitado la asistencia y haya ingresado al nosocomio, lleva en sí, invívita, la adquicencia para el acto operatorio.

Otra faceta al respecto, está constituída por el caso del sujeto, que víctima de un achaque suceptible de modificarse por una intervención, no la acepta por instintivo pavor al acto operatorio, o por que, se dan los casos, la persistencia de su claudicación lo beneficie, por lo menos en ocio. Ello redunda en perjuicio de la Caja Social, pues la obliga a gastos continuados y hace del sujeto un parásito más; es el caso continuamente discutido en las sociedades aseguradoras de accidentes del trabajo, de que nuestra jurisprudencia del trabajo tiene tan importantes principios. Allí, como acá, el problema debe resolverse: primero, por la persuación, que lleva en muchísimos casos a un entendimiento y a la resolución; y, en último caso, por la limitación o suspensión de los derechos, cosa que debe resolver la administración del Seguro Social y acatar el médico, quien no debe crearse, en ningún momento, conflictos de conciencia, que vulneren en algo las bases de la ética profesional que sostiene y ejercita.

Las otras cuestiones referentes a la aplicación de los principios de la ética profesional en la práctica de los Seguros Sociales, como serían las relaciones entre el médico y los asegurados, entre el

médico y los colegas, entre el médico y las autoridades técnica o administrativas de la Institución, en verdad que no merecen tomarse en consideración, pues se marcan claramente en los Códigos de Moral Médica, con tan pequeñas variantes, que se diluyen dentro de los postulados generales deontológicos. Apenas si y en lo que respecta al último grupo de relaciones, — médico y autoridades del Seguro, — conviene tomar en cuenta, recordándolas, las conclusiones de la Asociación Médica "Daniel A. Carrión", confluyendo hacia la necesidad de que sean médicos los que intervengan, tanto en la organización, como en la dirección y el funcionamiento, pues con ello se logra la más eficiente labor, al entenderse todos, como pertenecientes al mismo grupo profesional.

Secreto Médico y Seguros Sociales

Es con respecto a la observancia del secreto médico, que los Seguros Sociales han planteado cuestiones, que debemos, muy especialmente, dilucidar; indicando, desde luego, que ya desde hace algún tiempo, desde fines del siglo pasado, ya este precepto deontológico, sostenido **a outrance** por la escuela francesa con el Prof. BROUARDEL, venía cediendo en su intransigencia y penetrando por las vías por las que lo impelían los adelantos y mutaciones en la asistencia profesional.

Los imperativos de orden sanitario, primeramente, por la declararación obligatoria de las enfermedades infectocontagiosas; los requerimientos de la justicia, al coludir a los peritos a revelar secretos conocidos en el ejercicio de su profesión; y hasta, si se quiere, las necesidades científicas, aunque en forma relativa, pero evidente, para estudiar casos importantes de dolencias, en bien de la colectividad; fueron causales, que lentamente, abrieron la brecha del secreto absoluto y permitieron que se pudiera eludirlo en determinados casos.

Ahora, con la implantación de los Seguros Sociales, se añade un nuevo estímulo al respecto, pues en la tramitación de cada ca-

so de asegurado, por el obligado pasaje de su documentación por diversas entidades y oficinas, no todas técnicas, es el hecho que el diagnóstico de su mal o el tratamiento instituído, que indirectamente perfila a la causa de la dolencia, ella es difundida, violándose el precepto del secreto médico.

Indudablemente, que si el personal de los Servicios Sociales es, en su mayoría técnico, el secreto se mantiene como tal, pues solamente es conocido y debe ser conservado entre profesionales. La única diferencia existente, es que el secreto deja de ser personal para hacerse múltiple. pero, repetimos, solo en la esfera técnica.

Pero, como ineludiblemente tiene la documentación que pasar por oficinas administrativas, se procurará que en ellas, bajo precepto formal, el no dar datos sobre diagnóstico y tratamientos, por los que pueda deducirse la clase de dolencia que el asegurado tiene.

Descartamos, desde luego, el prejuicio de determinado grupo de morbosis, impropia e injustamente llamadas secretas o vergonzesas, que no existen sino para difamar con ellas a seres que tuvieron la desgracia de ser víctimas de sus manifestaciones. Fuera de ello, más que el diagnóstico mismo, lo que conviene silenciar es el modo como aquello pudo verificarse y las circunstancias, a veces poco honestas, cómo la contaminación se realizó; cuestión que puede traer hasta graves trastornos en el seno de una familia.

La cuestión deontológica del secreto médico en los Servicios Sociales, se compagina, por lo tanto, claramente, si se obliga al personal técnico a cumplir el precepto que juraron en el momento de recibirse; y si se controla, severa y correctivamente, las infracciones que en igual sentido cometa el personal no técnico de las oficinas administrativas del Seguro Social.

Con referencia al Secreto Médico, nuestra Codificación Penal ha nucleado claramente la moderna doctrina al respecto, en el artículo 363, que dice: ''El que teniendo noticia, por razón de su ''estado, oficio, empleo, profesión o arte, de secretos cuya publica-''ción pudiera causar daño, los revelare sin consentimiento del in-''teresado o sin que la revelación fuere necesaria para salvaguar-''dar un interés superior, será reprimido, por acción del perjudi-''cado........''.

Como vemos, esta disposición legal perfila nítidamente el concepto que al respecto debemos tener del secreto profesional, el que con igual sentido debemos aplicarlo en la práctica de los Servicios Sociales.

Responsabilidad Profesional y los Seguros Sociales

Ya en 1926, decíamos lo siguiente: "La cuestión de la respon-
"sabilidad profesional, ha constituído siempre uno de los más ár-
"duos y más complejos problemas de la Medicina Legal, en ese
"trascendental capítulo de la Deontología Médica; y ha tenido, en
"todas las épocas y en la mayor parte de los países del orbe, el sin-
"gular privilegio de llamar la atención de todos, de los médicos y
"de los juristas, siendo, de otro lado, motivo de apasionadas con-
"troversias". (7)

Sin entrar en las disquisiciones respecto a la irresponsabilidad de los médicos en el ejercicio de su profesión, que algunos autores sostienen con razones delesnables, que se han rendido a críticas de fundamento, pertenecemos al grupo de los que afirman que el médico, a igual que todo otro profesional, tiene que ser responsable de los errores que cometa en el ejercicio de su profesión, con daño en la salud y en la vida de sus pacientes.

Ya entre nosotros, hace muchos años, el Maestro AVENDAÑO nos decía: "Hoy ya no se discute el tópico de la responsabilidad
"médica. Pasó la época de reacción contra la tiranía de los primi-
"tivos tiempos, en que se quiso incorporar en la legislación, el dog-
"ma de la irresponsabilidad absoluta para todos los actos practi-
"cados por los médicos en el ejercicio de su profesión. Hoy todos
"los tratadistas, médicos y jurisconsultos, aceptan la existencia de
"la responsabilidad médica, reconocen la necesidad de que haya
"un freno para los hechos delictuosos, más o menos graves que
"puedan cometer los médicos y, como consecuencia precisa de es-
"te pensamiento unánime, se registran en todas las legislaciones
"del mundo, terminantes disposiciones al respecto". (8)

Pero, si defendemos y aceptamos, siguiendo el criterio hoy universalmente afirmado, el principio de responsabilidad profe-

sional del médico, no podemos, en modo alguno, aceptarlo en su forma absoluta. Eso sí que sería socavar por su base los cimientos de la profesión y poner en manos de incautos y de inescrupulosos, todo el prestigio de la ciencia y toda la honorabilidad de los facultativos.

La responsabilidad es el resultado de una exigencia de los intereses sociales, creada en resguardo de la vida y de salud de las personas; pero ella no puede ir, en su ciego aspecto de resarcimiento y venganza, hasta la acusación obligada contra los facultativos, por la muerte o el insuceso en la atención de un enfermo. De aquí, la necesidad incuestionable de fijar los límites que circunscriban prefijamente, los actos responsables de los médicos en el ejercicio de su profesión; punto capital y tal vez el más difícil de precisar, en este delicado problema de Deontología Médica.

Ya aplicando estas premisas — que no ampliamos por no extender este trabajo más allá de límites necesarios — a la práctica de los Seguros Sociales, debemos establecer una primera responsabilidad: aquella que se relaciona con las autoridades técnicas del Instituto, ante las que el médico, que ha incurrido en tal falta, debe sincerar su conducta, explicar sus fallas y hacerse responsable de las consecuencias que ellas puedan traer, en especial, en orden a resarcimiento de daños. Tal lo imponen, a más del prestigio del mismo profesional, la honorabilidad de todo el cuerpo médico del Instituto y del Instituto a que pertenece. Ello, además, servirá para evitar nuevas faltas de tal especie y limitará, o anulará, las consecuencias graves que actos de negligencia, de impericia o de imprudencia, puedan ocasionar en los pacientes que se han puesto bajo su cuidado.

Ir más allá, ejecutoriar y auspiciar demandas ante los Tribunales, para provocar sanciones, que nuestra ley precisa, como la precisan los códigos de la mayor parte de los países, y para alimentar ambiciones de indemnización pecuniaria, nos parece exagerado; y debe evitarse por las autoridades técnicas de esos establecimientos de Seguro Social, pues con ello se logra positivo provecho. se evitan nuevas contrariedades de esta especie y se vela por el prestigio de todos y cada uno de los médicos y por ende del Ins-

tituto todo. Y aquí un motivo más, favorable, de la petición de que de preferencia sean médicos los que organicen, dirijan y vigilen los servicios del Seguro Social.

Honorarios Médicos y Seguros Sociales

Pagado su tributo la Deontología Médica, en su acepción genérica, tócanos hablar a continuación de la Diceología Médica; después de precisar los deberes, corresponde igualmente precisar los derechos.

Ya anteriormente decíamos, que para compensar aquella merma, evidente, aunque en nuestro país y a nuestro juicio no tan grande por las razones antes explicadas, los Seguros Sociales venían a proporcionar nuevos cauces de actividad, en especial para los profesionales jóvenes, que ven limitada la clientela desde su inicio, pero que pueden lograr en estos Institutos, puestos en los que ejecutoriar los conocimientos que han recibido. Ello crea, desde luego, un aumento en burocracia médica, pero ello es un saludable derivativo, en una situación que, por desgracia, es fatal e impuesta por el ritmo de la sociedad, por la evolución constante, que no podemos retener, a menos de no quedarnos rezagados en el camino.

Pero, para que ello sea una garantía y tienda a favorecer en una forma racional y equitativa al profesional, es necesario, con carácter ineludible e imperativo, que se cumplan un conjunto de prescripciones, en las que, eso sí, debe ser exigente el gremio médico y por las que deben combatir tenazmente las instituciones que lo representan.

Y aquí nuevamente, y con todo entusiasmo, porque me sumé espiritualmente a sus autores, apoyo las conclusiones que al respecto estableció la Asociación Médica "Daniel A. Carrión", y que se condensan así:

"Aplicación al seguro del pago de honorarios por acto médico, "valorizado en la medida proporcional a los honorarios de "cada región, fijado de acuerdo con las Instituciones Médicas de

"carácter gremial, abonable periódicamente por la Caja del Seguro".

"Valorización especial de las prestaciones médicas extraordi-
"rias, quirúrgicas y especializadas, según tarifa establecida entre
"la Caja y las instituciones de carácter gremial".

"Valorización especial de consultas a domicilio e indemniza-
"ciones por gastos de movilidad y distancia".

Y después, como complemento, estas otras conclusiones, que más o menos directamente, se establecen como garantía para el médico:

"Libre inscripción de todos los médicos en la Institución del
"Seguro".

"Ampliación de la Comisión Central Administrativa con
"miembros médicos elegidos por las instituciones médicas agre-
"miadas".

"Exclusividad en la prestación de servicios para los médicos
"peruanos".

"No podrán ejercer ningún puesto dentro del sistema de Se-
"guros Sociales, los médicos que reciban haber, emolumentos, etc.
"del Estado, Compañías Fiscalizadas e Instituciones Oficiales, su-
"periores a 400 soles mensuales".

Señores: Voy a concluír. Se que este tema, difícil e ingrato de desarrollar, tendrá que ser motivo de apasionadas controversias, en especial por tratarse de los Seguros Sociales, tan combatidos y criticados. Y ello es justo, y lo sincero, porque estas Instituciones vienen a lesionar intereses, a conculcar derechos.

Mas, es necesario ser lógicos y, sobre todo, saber vivir la realidad del momento actual; los Seguros Sociales han llegado con la fatalidad con que llegan y se imponen todas las cosas, cuando han madurado. Es la eterna evolución, que marcha siempre adelante, que no se detiene aunque hiera y aunque maltrate. La gran filosofía de la vida, es saber adaptarse, es ponerse a tono y sacar de ello todo lo bueno que tenga, tratando que la existencia se compagine con aquello que impuso lo inescrutable del progreso; y ade-

lantarse a sus consecuencias, hacer profilaxia y labor preventiva, para que los daños, si ellos existen, sean menores y pasajeros.

Y así la Deontología Médica, tiene igualmente que amoldarse, fatalmente también y sin vacilaciones, a los nuevos rumbos que la asistencia social toma en el Mundo. Tal la conclusión principal a la que llego en esta escabrosa ponencia, que solamente he discutido a título de médico legista.

Pero, para no hacer estéril esta ponencia, me he permitido deducir de ella los Votos que me permito presentar a la consideración de esta docta Asamblea, con la seguridad de que, si ellos se aprueban, podrán servir de base para futuros estudios y observaciones sobre la materia:

1º—La Segunda "JORNADA NEURO-PSIQUIATRICA PAN-AMERICANA":

Declara que el establecimiento de los Seguros Sociales, no ha mermado en nada ni modificado sustancialmente, los principios de la Deontología Médica; sino que ésta se ha amoldado a la práctica de esta nueva modalidad en la asistencia profesional.

2º—La Segunda "JORNADA NEURO-PSIQUIATRICA PAN-AMERICANA":

Recomienda a los Poderes Públicos de los países de América, den cabida, en la confección de leyes sobre Seguros Sociales, a médicos especializados en la materia, para mejor contemplar los problemas que sobre Deontología Médica puedan presentarse.

Igualmente, recomienda que sea personal médico, el que intervenga en la organización, la dirección y la ejecución de los servicios de Seguros Sociales, debiendo oírse, oportunamente, a las Instituciones gremiales.

BIBLIOGRAFIA

(1).—**G. FERNANDEZ DAVILA.**—"Organización del Sindicalismo Médico en el Perú".—Ponencia oficial al 1er. Congreso Nacional de Medicina, Lima, 1928.

(2).—**G. FERNANDEZ DAVILA.**—"Lecciones de Deontología del Estudiante de Medicina", en la Facultad de Lima, 1923.

(3).—**G. MARAÑON.**—Prólogo a la obra de Téllez Plasencia.—Madrid, 1927.

(4).—**G. FERNANDEZ DAVILA.**—Loc. cit., 1928.

(5).—**TELLEZ PLASENCIA.**—"Cuatro ensayos sobre la Medicina de nuestros tiempos".—Madrid, 1927.

(6).—**G. FERNANDEZ DAVILA.**—Loc. cit., 1928.

(7).—**G. FERNANDEZ DAVILA.**—"La Responsabilidad Profesional del Médico".— Conferencia leída en la 'Semana Médica" de la Academia Nacional de Medicina.—Lima, 1926.

(8).—**L. AVENDAÑO.**—"La Responsabilidad del médico en el ejercicio de su profesión".—Tésis de Licenciado en Medicina.—Lima, 1884.

INDICE DE MATERIAS

ORGANIZACION

TEMAS DE NEUROLOGIA

Primer tema

Segundo tema

EL DOLOR

TEMAS DE PSIQUIATRIA

Primer tema

LA HIPOCONDRIA

Segundo tema

TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Tercer tema

EL SERVICIO SOCIAL EN LA ASISTENCIA DE LOS ENFERMOS DE LA MENTE

TEMAS DE MEDICINA LEGAL

Primer tema

Segundo tema

DEONTOLOGIA EN LA PRACTICA DEL SEGURO SOCIAL

INDICE DE AUTORES

Impreso en los Talleres Gráficos
"TORRES AGUIRRE"
Washington izq. 550
Lima - Perú
1939



29007